



1. 基本情報

ふりがな _____

お名前 _____

生年月日 西暦 年 月 日 (歳)

性別 ☐ 男 ☐ 女

〒

住所 _____

電話番号 _____

勤務先 _____

勤務先電話番号 (任意) _____

2. 今日はどういうことで来院されましたか？

(できるだけ詳しくご記入ください。)

痛みはありますか？ ☐ ない ☐ ある

いつからですか？ (日前・週間前・か月前)

3. 今までに歯を抜いたり、麻酔をした時に 気分が悪くなったり、体調が悪くなった ことはありますか？

☐ ない ☐ ある

内容 _____

4. 今飲んでいるお薬はありますか？

☐ ない ☐ ある

お薬名 _____

※お薬手帳をお持ちの方は受付へお出してください。

5. 薬を飲んで、じんましんや発疹が出た ことはありますか？

☐ ない ☐ ある

薬名 _____

症状 _____

6. 今までにかかった病気や、現在治療中の病気は ありますか？ (あてはまるものに✓を付けてください。)

☐ 高血圧 ☐ 糖尿病 ☐ 心臓の病気

☐ 脳の病気 ☐ 肝臓の病気 ☐ 腎臓の病気

☐ 喘息 ☐ 骨粗しょう症

☐ その他 ()

病名 _____

7. 現在、病院に通っていますか？

☐ いいえ ☐ はい

何科 _____

病院名 _____

8. 血液をサラサラにするお薬を飲んでいますか？

☐ いいえ ☐ はい

9. 骨粗しょう症のお薬を飲んだことがありますか？

☐ ない ☐ ある ☐ わからない

10. 今までに手術を受けたことがありますか？

☐ ない ☐ ある

病名・手術名 _____

11. たばこを吸いますか？

☐ 吸わない

☐ 吸う (本/日)

☐ 以前吸っていた

12. (女性のみ)

☐ 妊娠中 (か月) ☐ 妊娠の可能性がある

☐ 授乳中

13. 治療のご希望

☐ 保険診療を希望します

☐ 必要があれば自費診療の説明を聞きたいです

☐ 自費治療でもかまいません

14. 当院をどのようにお知りになりましたか？

☐ ご紹介 ☐ ホームページ

☐ 通りがかり ☐ その他 ()

紹介者氏名 _____

15. 気になることや、ご希望がありましたらご記入ください。
