

記入年月日： 年 月 日

より良い治療を受けていただくために大切なことですので、できるだけ正確にご記入ください。

フリガナ				男・女	生年月日	血液型	受付記入欄
氏名					年 月 日生 才	型	
住所	〒 -			TEL	携帯：() -		
					自宅：() -		
					緊急連絡先：		
ご予約日をメール(SNS)でお届けします <input type="checkbox"/> 配信を希望します 携帯番号 (- -)						受付記入欄 アプリ・SNS・ハガキ	

当院をお知りになったのは？	<input type="checkbox"/> 家族が通院中(様) No. _____ <input type="checkbox"/> 知人からの紹介(様) No. _____ <input type="checkbox"/> ホームページ…検索ワード _____ <input type="checkbox"/> その他()
同居している12歳以下の子供	<input type="checkbox"/> 人 (子どもさんの年齢 , 歳)
同居している65歳以上の方	<input type="checkbox"/> 人
どうされましたか？	<input type="checkbox"/> 検診 <input type="checkbox"/> 虫歯 <input type="checkbox"/> 歯周病 <input type="checkbox"/> 歯を白くしたい <input type="checkbox"/> 歯並びが気になる <input type="checkbox"/> 集団検診で受診を進められた <input type="checkbox"/> その他()
現在、痛むところがありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ⇒ 今日から・昨夜から・()日前から
歯科に行かれたことはありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> ある (医院名：) ※ 転院して来られた理由を教えてください <input type="checkbox"/> 今までの歯科で不満があった (<input type="checkbox"/> 怖がり <input type="checkbox"/> 治療に不満 <input type="checkbox"/> 説明不足) <input type="checkbox"/> その他()
アレルギーはありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> ある ⇒ ()
今、飲んでいるお薬は？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> ある ⇒ () 通院中の病院名： _____ ※ ある方はお薬手帳をお出しく下さい
次の病気はありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある 高血圧・糖尿病・心臓疾患・腎臓病・骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> あった 肝臓疾患(肝炎B・C)・その他()
入院や手術の経験はありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> ある ⇒ ()歳のとき(病名：)
喫煙はしていますか？	<input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> やめた(年前) <input type="checkbox"/> している(本/日)(年間)
女性の方へ 現在妊娠していますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 妊娠 週 <input type="checkbox"/> 産後 ヶ月 ※ 治療期間中に妊娠された方はお知らせ下さい。

*裏面の記入もお願いいたします