

ふりがな		ご紹介者	
お名前		男・女	愛称 【 】
		平成	年 月 日生 ( )才
ご住所	〒 —	電 話	—
		携帯電話	— — —
		メール アドレス	@
お子様の通っている幼稚園・保育園・小学校名			

1 どうなさい ましたか?	<input type="checkbox"/> 虫歯を治したい <input type="checkbox"/> 歯ぐきから血が出る <input type="checkbox"/> 予防処置 <input type="checkbox"/> フッ素塗布 <input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> 歯を白くしたい <input type="checkbox"/> 歯石をとってほしい <input type="checkbox"/> 歯ぐきが腫れた <input type="checkbox"/> 歯並びが気になる	<input type="checkbox"/> 検診 <input type="checkbox"/> 歯がぐらぐらする <input type="checkbox"/> 口臭が気になる <input type="checkbox"/> かぶせものがとれた
2 お痛みは ありますか?	<input type="checkbox"/> はい →(・今日から どこが痛みますか?	・( )日前から) <input type="checkbox"/> 歯 右上   前上 右下   前下	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> あごの関節 左上 左下
3 今までの歯科 治療で異常は ありましたか?	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 気分が悪かった <input type="checkbox"/> 血が止まりにくい <input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> 気を失った <input type="checkbox"/> 熱が出た
4 お薬の副作用は ありますか?	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 薬(・ペニシリン系 <input type="checkbox"/> 食物( ) <input type="checkbox"/> クロルヘキシジン	<input type="checkbox"/> ピリン系) <input type="checkbox"/> ヨード
5 アレルギーは ありますか?	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> 食物( ) <input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> アトピー <input type="checkbox"/> 鼻炎
6 過去又は現在 内科的な病気は ありますか?	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 肝臓(A/B/C/慢性)肝炎 <input type="checkbox"/> 心臓 <input type="checkbox"/> じん臓 <input type="checkbox"/> 胃腸 <input type="checkbox"/> 糖尿(発症の時期: ) <input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> 現在の数値 ) <input type="checkbox"/> 膠原病 <input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> うつ病
7 現在、他に通院されていますか?	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (病院 科)(病名 )		
8 お子様は以前歯科治療を 受けられましたか? その時のお子様の様子は?	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい→( 年 月頃) <input type="checkbox"/> 治療できた <input type="checkbox"/> 泣いた <input type="checkbox"/> 嫌がった <input type="checkbox"/> 暴れた		
10 当クリニックに いらっしゃった きっかけは? (いくつでもチェック してください)	<input type="checkbox"/> 通勤・通学途中 <input type="checkbox"/> 以前に院長の治療を受けたことがあるため <input type="checkbox"/> チラシ・雑誌を見て <input type="checkbox"/> 評判を聞いて(どのような?) <input type="checkbox"/> 院内にお知り合いがいる( ) <input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> 通りがかり <input type="checkbox"/> ホームページを見て	<input type="checkbox"/> 自宅が近い <input type="checkbox"/> 会社が近い <input type="checkbox"/> 歯科医院らしくないイメージの為 )
11 その他、ご希望等ございましたら、ご記入ください			