

フリガナ お名前		生年 月日	明 大 昭 平 年 月 日 歳	性別	男・女	既婚・未婚
住所	〒 TEL 携帯TEL					
職業	勤務先					
来院手段	<input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> 単車 <input type="checkbox"/> 車 <input type="checkbox"/> その他 ()					

どうなさい ましたか	<input type="checkbox"/> (歯・歯茎)が痛い <input type="checkbox"/> 入れ歯を入れたいから <input type="checkbox"/> 精密検査・定期健診をしてほしい <input type="checkbox"/> 虫歯治療をしてほしい <input type="checkbox"/> 歯石を取ってほしい <input type="checkbox"/> かみ合わせが良くないから <input type="checkbox"/> 歯槽膿漏を治したい <input type="checkbox"/> 歯を美しくしたい <input type="checkbox"/> つめものが取れたから <input type="checkbox"/> 歯ならびを治したい <input type="checkbox"/> 口臭が気になる <input type="checkbox"/> その他 ()					
当院は初めて ですか	<input type="checkbox"/> はじめて <input type="checkbox"/> 以前に来たことがある 月位前 年位前					
当院をお知りにな った理由は (複数回答可)	<input type="checkbox"/> 建物を見て <input type="checkbox"/> 家族から聞いて <input type="checkbox"/> 知人から聞いて <input type="checkbox"/> 評判を聞いて <input type="checkbox"/> ホームページを見て <input type="checkbox"/> インターネットで検索して <input type="checkbox"/> 紹介カードをもらったから <input type="checkbox"/> その他 ()					
どなたからの ご紹介ですか	ご紹介者名 ()					
現在の体の具合は	<input type="checkbox"/> 特に異常はない <input type="checkbox"/> 妊娠している (月) <input type="checkbox"/> 心臓が悪い <input type="checkbox"/> 薬に対してアレルギーである (薬名:) <input type="checkbox"/> 血圧が高い <input type="checkbox"/> 現在、薬を飲んでいる (薬名:) <input type="checkbox"/> 血が止まりにくい <input type="checkbox"/> 現在、他科の病院にかかっている (病院名:) <input type="checkbox"/> 貧血を起こしやすい <input type="checkbox"/> その他 ()					
現在の病気 過去の病歴 について	<p>●次の病気にかかったことがありますか</p> <input type="checkbox"/> 血液病 (白血病・その他) <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 肝炎 (A型・B型・C型・キャリア) <input type="checkbox"/> 胃潰瘍 <input type="checkbox"/> 高血圧・低血圧 <input type="checkbox"/> リウマチ <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 蓄膿症 <input type="checkbox"/> 甲状腺の病気 <input type="checkbox"/> 脳卒中 <input type="checkbox"/> アレルギー体質 (アトピーなど) <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> その他 ()					
	<p>●次の薬を使ったことがありますか</p> <input type="checkbox"/> 麻酔薬 <input type="checkbox"/> ピリン系鎮痛剤 <input type="checkbox"/> 抗生物質 <input type="checkbox"/> ステロイド剤 <input type="checkbox"/> その他 () →その時、副作用がありましたか <input type="checkbox"/> あった <input type="checkbox"/> なかった					
	<p>●最後に歯科医院に行ったのはいつですか 年 月位前</p>					
来院できる時間帯 や曜日が限られて いる方はご記入下 さい	来院可能な時間帯は? <input type="checkbox"/> 午前 時頃 <input type="checkbox"/> 午後 時頃 <input type="checkbox"/> いつでもよい 来院できる曜日は? <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> いつでもよい 転勤・引越しの予定はありますか <input type="checkbox"/> あり (年 月頃) <input type="checkbox"/> なし					
その他、気になるこ とやご希望がござ いましたら何でも ご記入下さい						