

 ご記入日： 令和 年 月 日

 氏名（ふりがな）：

 生年月日： 年 月 日 （満 歳）

 ご住所：

 連絡先（携帯）：

 ご職業：

※再初診の方は変更がなければ**記入日、氏名**のみご記載ください

【1】ご来院の理由・お悩みをお聞かせください

【2】現在・過去のご病気について（※お薬手帳をお持ちください）

☐ 高血圧（☐ 降圧剤服用中 / 普段の血圧 / mmHg）

☐ 糖尿病（HbA1c： %） ☐ 骨粗しょう症

☐ 血液サラサラのお薬（薬の名称：

☐ その他

（ ）

【3】アレルギー・麻酔歴

☐ なし ☐ あり（薬剤名・食品名： ）

☐ 麻酔で気分が悪くなったことがある（内容： ）

【4】現在の健康状態

☐ 良好 ☐ 普通 ☐ よくない

（女性の方）☐ 妊娠中（ か月） ☐ 授乳中

 睡眠：☐ よく眠れる ☐ あまり眠れない

 食事：☐ 毎日3食 ☐ 不規則

 喫煙：☐ あり ☐ 1年以上吸っていない

※初診の方は裏面もご記入ください

【5】治療に関するご希望（複数選択可）

◆治療の方針について

- ☐ 歯科医師のお勧めする治療を受けたい
- ☐ 自分の歯を長く残したい
- ☐ 将来にわたって健康を保つ治療がしたい

◆見た目・素材について

- ☐ 歯を白くしたい
- ☐ 銀歯を目立たない素材に変えたい
- ☐ 審美的に自然な仕上がりにしたい

◆予防・検査について

- ☐ 虫歯や歯周病のなりやすさをチェックしたい
- ☐ 定期的なメンテナンスについて知りたい
- ☐ 予防について詳しく教えてほしい

◆噛み合わせについて

- ☐ 歯がなくて困っている
- ☐ 今の入れ歯が噛みにくい・見た目が気になる
- ☐ 入れ歯以外の治療法があるなら知りたい

◆費用・説明について

- ☐ 材料や治療方法の違いと費用を詳しく知りたい

◆その他

- ☐ その他（ ）

【6】通院や診療についてのご希望・ご質問

（例：麻酔をしてほしい、土曜日しか通えない、など）

【7】当院をどうやってお知りになりましたか？

- ☐ 通りすがり ☐ 紹介 ☐ ネット検索(google 検索など) ☐ 看板 ☐ 歯科ポータルサイト
- ☐ その他（ ）

ご記入ありがとうございました。

内容は患者様の健康と安全のために活用し、個人情報適切に管理いたします。