

ふりがな	男 ・ 女	ご住所 〒(—)
お名前		自宅 ☎(— —) 携帯 ☎(— —)
生年月日 大正・昭和・平成・令和 年 月 日 (歳)	既婚 ・ 未婚	勤務先名(学校名) ☎(— —) 勤務先へのご連絡 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可
当院を知った理由 <input type="checkbox"/> ご紹介 紹介者様() <input type="checkbox"/> 以前通院していた <input type="checkbox"/> インターネット <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 近隣(自宅 / 職場 / 学校)		

どうされましたか？

- 歯が痛い (しみる / かむと痛い / 常に痛い)
- 歯肉が腫れた / 歯がぐらつく
- つめものが取れた
- 歯を入れたい (差し歯 / 入れ歯 / インプラント)
- 口の中を全体的に検査したい
- クリーニングしてほしい(歯石除去)
- 義歯が合わない
- 歯並びが気になる
- 顎の関節が痛い・音がする
- その他 ()

症状のある方
いつ頃から()
どのあたり()

今回の治療に関して

- 全体的な治療希望
- 痛いところのみ治療希望

治療費について

- 保険の範囲内で進めていきたい
- なるべく保険で相談して決めたい
- 費用に関わらず、自費も含めて進めていきたい

今までかかったことのある病気があれば教えてください

<input type="checkbox"/> 糖尿病 HbA1c()	<input type="checkbox"/> 高血圧(/)	<input type="checkbox"/> 心疾患
<input type="checkbox"/> 肝臓病	<input type="checkbox"/> 腎臓病	<input type="checkbox"/> 脳梗塞
<input type="checkbox"/> HIV	<input type="checkbox"/> 肝炎(B型・C型)	<input type="checkbox"/> 骨粗鬆症
<input type="checkbox"/> ぜんそく	<input type="checkbox"/> 鼻疾患	<input type="checkbox"/> 花粉症
<input type="checkbox"/> その他()		

現在歯科以外の治療を受けていますか？

- いいえ
- はい 病名: 病院名:
服薬名:

歯科治療や麻酔で異常があったことはありますか？

- いいえ
- はい 血が止まらなかった / 気分が悪くなった / 麻酔が効きづらかった
その他()
- 歯科恐怖症

喫煙について

- 喫煙中 (歳から)(本/1日)
- 喫煙歴なし
- 喫煙していたが禁煙した (年前より)

アレルギーについて

- 特になし
- 薬 ()
- 金属 ()
- 食べ物 ()

【女性の方】 妊娠について

- 該当なし
- 妊娠中 (ヶ月)
- 授乳中
- 妊娠の可能性

当院では以下の治療も行なっております。
詳しいご説明を希望される項目がございましたらチェックをしてください。

- 予防 スーパーフッ素塗布
- インプラント
- 口腔リハビリ
- ホワイトニング
- 矯正 マウスピース矯正(インビザライン)
- 3DS治療
- マイクロスコープ治療
- セレック即日治療
- 超精密義歯
- 再生療法
- 自家歯牙移植

その他、治療に際して希望や心配なことがあれば何でもご記入ください