

フリガナ 氏名	男・女					
生年月日	西暦	年 (S・H	年)	月	日 /	歳
住所	〒	-				
	TEL	-	-	/	携帯電話	-
勤務先名	TEL		-			-

1. なぜ当院を選びましたか？

- a. 紹介 (お名前 _____ 様) b. 評判を聞いて c. 近から (勤務先・学校・自宅)
 d. 看板を見て e. チラシを見て f. ホームページを見て g. その他 (_____)

2. どうなさいましたか？ (該当する項目すべてにチェックしてください)

- a. むし歯ができた b. 歯が痛い・しみる c. 歯が欠けた・穴があいた d. 詰め物・かぶせ物がとれた
 e. 歯がない部分を入れてほしい f. 入れ歯を作ってほしい g. 入れ歯をなおしてほしい
 h. 歯ぐきははれて痛い i. 歯ぐきから血や膿が出る j. 歯がぐらつく k. 歯が浮いたような感じがする
 l. 親知らずが痛い m. 口の中を怪我した n. 口内炎ができた o. 検査をしてほしい
 p. 歯石を取ってほしい q. プロフェッショナルケアをしてほしい r. 歯を白くしてほしい
 s. 歯並び・噛み合わせが気になる……出っ歯 受け口 八重歯 でこぼこ その他 (_____)
 t. あごの状態が気になる……音がする 大きく口を開けられない あごが痛い その他 (_____)
 u. 歯ぎしりをする v. 口臭が気になる w. 歯ぐきの色が悪い x. その他 (_____)

3. その症状についておうかがいいたします。

- a. いつからですか？……今日 __日前から __週間前から __か月前から __年前から
 b. 痛みますか？ ……いいえ はい (□ズキズキ □噛むと痛い □ズツと痛い □たまに)
 c. しみますか？ ……いいえ はい (□熱いもの □冷たいもの □甘いもの)

4. 全身状態についておうかがいいたします。

- a. 内科的な病気は？……ない ある (□心筋梗塞 □狭心症 □高血圧 □肝炎 □糖尿病 □その他)
 b. アレルギーは？ ……ない ある (□喘息 □薬 _____ □食べ物 _____ □その他 _____)
 c. 現在または過去1年以内に医者にかかりましたか？……いいえ はい (□ _____ 科)
 d. 現在飲んでいる薬は？……ない ある (何の薬 _____ 名前 _____ 1日に__回)
 e. 歯科で麻酔をしたことがありますか？……ない ある
 f. 麻酔したときに異常がありましたか？……ない ある (□気分が悪くなった □貧血 □めまい □その他)
 g. その他に何かございましたらご記入ください (_____)

5. 治療内容・費用についてのご希望 (該当する項目すべてにチェックしてください)

- a. 最も良い材料と方法で治したい b. なるべく保険で一部自費でもかまわない c. 保険のきく範囲で治したい
 d. 悪いところをすべて治したい e. 痛いところだけ治したい f. 治療だけでなく治療後の定期健診もしてほしい

どうもありがとうございました。 —スマイル歯科・矯正歯科—



☎ 03-3237-0757

診療日時	月	火	水	木	金	土	日
09:30 ~ 13:00	●	●	-	●	●	●	-
14:30 ~ 19:00	●	●	-	●	●	★	-

★14:00 ~ 17:00

休診：水曜・日曜・祝日・土曜午後

一般歯科・矯正歯科・小児歯科・口腔外科
 インプラント・CT/マイクロスコープ完備
 無痛治療・審美歯科・デンタルエステ
 アンチエイジング・いびき治療・歯科ドッグ

