

はじめて来院される方へ

No. _____

平成 年 月 日

ふりがな _____	生年月日 (明治・大正・昭和・平成)
氏名 _____	年 月 日 ()才
ふりがな _____	性別 男・女
現住所 _____	電話
職業 _____	(自宅) -
勤務先・学校名 _____	(会社) -
	(携帯) -

以下のご質問にお答え下さい(で囲むか、記入して下さい)

1 現在、痛みがありますか？ はい いいえ
もし、あればいつ頃からですか？ _____

2 治したいことを具体的にお書き下さい。

3 今までに歯を抜いたことがありますか？ はい いいえ
その時、貧血を起こしたことがありますか？ はい いいえ
長く血が止まらなかったことがありますか？ はい いいえ

4 ジンマシンが時々出ますか？ はい いいえ

5 服用してはいけないと言われたくすりがありますか？ はい いいえ
(例 ペニシリン、ピリン系薬剤)

6 次の病気がありますか？ はい いいえ
心臓病 腎臓病 糖尿病 高血圧 その他 _____

7 妊娠していますか？ はい いいえ
妊娠 _____ 月

8 正しい歯の磨き方を知っていますか？ はい いいえ

9 あなたのお口の中はいつも清潔になっていると思いますか？ はい いいえ

10 最後に歯科の治療をしたのはいつ頃ですか？ 当院で 年 月 頃
他院で 年 月 頃

11 歯を磨くのはいつですか？ 朝 食前・食後 昼 夕食後 寝る前

12 歯科治療についてご希望があればお書き下さい。

来院時間の変更などはお電話にてご連絡下さい。

愛知県名古屋市瑞穂区瑞穂通 2-29丸美ロイヤルビル 2F

石田歯科医院 TEL.052-852-3801 FAX.052-853-6201 FREE.0120-180209