

受診申込書

年 月 日

そらいろ歯科

ふりがな		性別	男 ・ 女
お 名 前			
生年月日 T ・ S ・ H ・ R 年 月 日 ()歳			
ご住所 〒			
職業	TEL 自宅 (— —) 携帯 (— —)		

■以下の事項は、歯科治療をする時の重要な参考となりますので、正確にご記入ください。(○で囲んでください)

歯科医院(他医院含む)への 来院はいつ以来ですか？	_____年 _____ヵ月以来ぶり ・ はじめて
今日はどうなさいましたか？	痛みがある かぶせ物が取れた 歯石を取りたい 歯がしみる 入れ歯が合わない 検診 歯並び相談 インプラント ブルーラジカル その他()
いつからですか？	
歯を抜いた事がありますか？	ない ・ ある → その時異常は ない ・ あった
歯の麻酔(注射)をしたことが ありますか？	ない ・ ある → その時異常は ない ・ あった
現在または過去にかかった事 のある病気がありますか？	高血圧症 低血圧症 糖尿病 肝臓病 腎臓病 心臓疾患 脳疾患 血液疾患 消化器疾患 貧血 ぜんそく その他 (詳しい病名:)
現在飲んでいる薬はありませ うか？	いいえ ・ はい ()
薬を飲んで異常が出たことが ありますか？	ない ・ ある ()
その他、アレルギーをおこし たことがありますか？	ない ・ ある
喫煙はしますか？	いいえ ・ はい (1日 本)
歯はいつ磨きますか？	1日 回 (朝 ・ 昼 ・ 夕 ・ 寝る前)
歯磨きは何を使っています か？	・歯ブラシ ・歯間ブラシ ・糸(デンタルフロス) ・ウォーターピック ・電動歯ブラシ (充電式 ・ 電池式) メーカー:
一緒にお住まいの家族を教え てください	・1人住まい ・ _____人住まい (配偶者 子供 _____人 父 母 その他)
女性のかたへ 現在妊娠していますか？	いいえ ・ はい _____週 (予定日 月 日)
歯の治療に対してご希望があ りましたら、お書きください	
当院のことを、どなたかにか お聞きになりましたか？	・ご紹介者()さん ・インターネット ・SNS ・看板 ・当館内の利用時

どうもありがとうございました。