



ふりがな				性別
お名前				男・女
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日 () 歳	職業		
ご住所	〒 _____			
TEL	()	携帯	()	
メールで検診のお知らせをご希望される方はご記入下さい	メール	@		
<p>●数ある歯科医院の中でひまわり歯科をお選びになった理由をお聞かせください ご紹介（ご紹介者お名前： _____ 様） どのように紹介されましたか？（ _____ ） ひまわりホームページ 他インターネット タウンニュース 家が近い 勤務地が近い その他（ _____ ）</p>				
<p>●ご来院された理由を教えてください <input type="checkbox"/>歯が痛い <input type="checkbox"/>歯ぐきが腫れた <input type="checkbox"/>つめものが取れた <input type="checkbox"/>虫歯を治したい <input type="checkbox"/>全体的にみてほしい <input type="checkbox"/>歯石を取るクリーニングをしたい <input type="checkbox"/>つめもの・被せものを白くしたい <input type="checkbox"/>義歯が合わない・作りたい <input type="checkbox"/>そのほか（ _____ ）</p>				
<p>●今までの歯科治療について ①最後に治療したのはいつ頃ですか？ _____ 年 _____ 月頃 ③麻酔注射の経験はありますか？ <input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい ②抜歯の経験はありますか？ <input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい ④治療中に気分が悪くなったことがありますか？ <input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい</p>				
<p>●過去に大きな病気などされたことがありますか？ ありましたらできるだけ詳しくお書きください。 <input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい→①肝炎 A型/B型/C型/その他（ _____ ）②心臓病 ③糖尿病 ④肝臓病 ⑤腎臓病 ⑥ぜん息 ⑦高血圧症 ⑧脳神経疾患 ⑨骨粗しょう症 ⑩感染症（ _____ ）⑪その他（ _____ ）</p>				
<p>「はい」と答えた方は、その時の経過を教えてください</p>				
<p>●現在、内科等、他科の医院に通っていますか？ ありましたら、できるだけ詳しくお書きください <input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい→（ _____ ）病院（ _____ ）科（ _____ ）先生</p>				
<p>●現在（または最近まで）服用している薬がありますか？ ありましたらお薬手帳を拝見させてください <input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい→薬剤名（ _____ ）いつから（ _____ ）</p>				
<p>●特異体質、アレルギーがありますか？ ありましたら、できるだけ詳しくお書きください <input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい→①薬（ _____ ）②食べ物（ _____ ）③その他（ _____ ）</p>				
<p>●現在、妊娠していればご記入ください <input type="checkbox"/>いいえ<input type="checkbox"/>はい→（ _____ 月）出産予定日 _____ 年 _____ 日ごろ ※治療期間中に妊娠された方はお知らせください</p>				
<p>●診療について、よい材料で治したい、治療時間や期間、通院しやすい曜日など、ご希望や、治療を行うにあたり 「これだけは伝えておきたい」といったことがございましたら何でもご記入ください</p>				