

年 月 日

氏名 <small>ふりがな</small>	() 歳 男・女	生年月日	年 月 日
住所	TEL		
職業	TEL		
E-mail			

当医院では、患者さん一人一人にカウンセリングを実施し、総合的に診査をしたうえで治療を始めます。この表は大切な参考資料になりますので、次の質問に正確にお答えください。

当院を来院されたきっかけを教えてください	<input type="checkbox"/> チラシ <input type="checkbox"/> タウンページ <input type="checkbox"/> 看板 <input type="checkbox"/> ホームページ（インターネット） <input type="checkbox"/> 内覧会 <input type="checkbox"/> 御紹介（ ） <input type="checkbox"/> その他（ ）
どうなさいましたか？	<input type="checkbox"/> 痛いところがある <input type="checkbox"/> 噛みにくい <input type="checkbox"/> 詰め物が取れた <input type="checkbox"/> 欠けた <input type="checkbox"/> 歯並び <input type="checkbox"/> 歯の色 <input type="checkbox"/> 腫れた <input type="checkbox"/> 検診 <input type="checkbox"/> 義歯 <input type="checkbox"/> その他（ ）
症状についてご記入ください	
全身状態について 次に病気にかかったことがあれば ○をつけてください	高血圧 心臓病 腎臓病 肝臓病 糖尿病 脳卒中 胃腸病 甲状腺病 自律神経失調症 骨粗鬆症
上記以外の病気にかかったことがあれば ご記入ください	病名（ ）
今までお薬、食べ物でアレルギーが でたことはありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
はい、と答えた方、原因は何ですか？	（ ）
以前、歯科治療で何か異常が あったことはありますか？	<input type="checkbox"/> はい（具体的に： ） <input type="checkbox"/> いいえ
女性の方のみお答えください 現在妊娠中 または妊娠の可能性はありますか？	<input type="checkbox"/> はい（ 週目） <input type="checkbox"/> いいえ ※今後治療期間中に妊娠された方、妊娠したと思われる方は 事前にお申し出ください。
診療に関するご希望、ご質問等があれば ご記入ください。	

市川歯科医院

【住 所】 神奈川県横浜市港北区富士塚 1-1-9
 【電話番号】 045-633-1831
 【診療時間】 平日 9:00～13:00 15:00～19:00
 日曜 9:00～13:00
 【休診日】 木曜日・祝日
 【最寄り駅】 東急東横線 妙蓮寺駅より徒歩3分

