記入日　　年　　月　　日　　保険証　QRコード

| カルテNo. | | 新　規 | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| フリガナ | | | ご職業 | 生年月日 | | | | | 性別 | 担当DR | 担当DH | 名刺 |
| お名前 | 様 | | | 明 昭 大 平 令 | 年 | 月 | 日 | | 男 ・ 女 | | | |

| ご住所 | ご自宅ＴＥＬ |
|---|---|
| 〒(　　－　　) | |
| | 携帯ＴＥＬ |
| | |

**Q. 本日はどのような症状でご来院なさいましたか？**　当てはまるものすべてにチェック☑してください。

- □ 歯が痛い、しみる
- □ 歯がぐらぐらしている
- □ さし歯を綺麗にしたい
- □ 虫歯がある
- □ 歯石を取ってほしい
- □ ホワイトニングがしたい
- □ つめ物、かぶせ物が外れた
- □ 歯ぐきがはれている
- □ インプラントの相談をしたい
- □ 歯の抜けているところがある
- □ 定期健診を希望
- □ 歯並びをなおしたい
- □ 怪我をしたとき、血が止まりにくいことがある

その他の症状（　　）

**Q. 最後に歯科医院にいかれたのはいつですか？**　（　　）

□ かかりつけ歯科あり　□ なし

**Q. 当院に来ていただいたきっかけは？**　複数のキッカケがある場合は、複数○印をしてください。

1.ホームページ　2.インプラントネット　・　矯正歯科ネット　・　審美歯科ネット　・　E-park
3.看板を見た　（　ライフ付近の看板　・　柳通りの看板　・　高速道路から見える看板　・　その他　）
4.ラジオを聞いて　5.知人・友人・同僚・親戚から紹介されて　6.家族が来院している（していたことがある）
7.幼稚園・保育園の歯科健診・講演を聞いた　8.住まいが近いから　9.仕事場が近いから
10.FaceBook　11.Twitter　12.Instagram　13.その他(　　)

※ご家族・お知り合い、ご紹介者のお名前をお書きください　　様　　担当ＤＲ

**Q. 治療について**　当てはまるものすべてにチェック☑してください。

- □ 痛いところ、気になるところだけ診てほしい
- □ 悪いところ、すべて治してほしい
- □ 健康保険の範囲内で治療してほしい
- □ 基本保険の範囲内での治療が良いが説明を聞いた上で考えたい
- □ 費用にかかわらず自分の状態にあった最善の治療を提案してほしい
- □ 治療後は定期検診を受けたい

**Q. 当院への交通手段・時間**　1.徒歩　2.自転車　3.バス　4.電車　5.車（　　）分ぐらい

**Q. 治療のため、ご都合の取りやすい曜日や時間帯はありますか？　時間帯を記入、もしくは項目に☑をして下さい。**

| | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 午前 | | | | | | | |
| 午後 | | | | | | | |
| 17：00以降 | | | | | | | |

□いつでも良い
□不定

**Q. 現在あるいは過去にかかったことのある病気すべてにチェック☑してください。**

- □ 特になし
- □ 心臓の病気
- □ 腎臓の病気
- □ 肝臓の病気（　B型肝炎　，　C型肝炎　，その他　）
- □ 脳血管系の病気
- □ 高血圧（　　/　　mmHg）
- □ 糖尿病
- □ 骨粗鬆症
- □ 喘息
- □ シェーグレン症候群
- □ アトピー性皮膚炎
- □ アレルギー（具体的にご記入ください　　）
- □ その他（　　）

**Q. 麻酔でご気分が悪くなった経験はありますか？**　ある　・　ない　・　麻酔をしたことがない

**Q. 常用している薬はありますか？**　はい　・　いいえ　「はい」の方はお薬名をお願い致します。（　　）

**Q. 現在、人工透析をしていますか？**　はい　・　いいえ

**Q. アレルギー体質（過敏反応）はありますか？**　ある　・　ない　「ある」の方は教えて下さい。（　　）

女性の方へ → **Q. 現在、妊娠していますか？**　はい（　　）ヶ月　・　いいえ　・　出産後授乳中　・　わからない

**Q. 他に何か伝えたいことはありますか？**

（　　）

**★予約日の前日に予約確認メール等の御案内を送付させていただいてよろしいですか？**

はい/いいえにチェックして下さい。（チェックがない場合、はいとさせて頂きます。）
＊これから、当院より治療に関する情報発信をメールでさせて頂きたく考えております。ご協力をお願い致します。

**はい**（メールアドレスの記入は不要）　　**いいえ**

★当院が患者さまの個人情報を収集する場合は、診療および患者さまの医療に関するご案内で行います。

医療法人 誠仁会
りょうき歯科クリニック

2001-15-2010

| 受付 | DR |
|---|---|
| | |