



ふりがな

お名前

年齢

歳

自宅電話番号 ()

携帯電話番号 ()

通院に便利な曜日と時間帯があれば☑をつけて下さい。 □特になし

□火 □水 □木 □金 □土 □午前 (時頃) □午後 (時頃)

当院をどのようにしてお知りになりましたか。

□通りがかって □講演を聞いたり、診療内容を聞いて □ホームページを見て □ぶらざ(その他雑誌を見て)

□矢山クリニックのときからかかっている □知人、家族の紹介 (紹介者 様)

□医療機関からの紹介 (医院名) □その他

ご紹介頂いた方に当院よりお礼状をお送りしてもよろしいですか? □はい □いいえ

今まで下記の病気にかかったことがありますか。

□特になし □心臓病 □糖尿病 □肝臓病(□B肝 □C肝) □腎臓病 □骨粗鬆症 □アレルギー疾患

□高血圧 □その他 () 病名 ()

通院医療機関の名前 () 担当医 () 病名 ()

飲んでいる薬はありますか。 □なし □ある お薬手帳をお持ちの方は提出してください

薬の名前 ()

現在、過去3年間の間にビスフォスフォネート製剤(BP製剤)を服用、または点滴注射などで使用したことがありますか。 □なし □ある 病名(骨粗鬆症、骨転移、) いつ()

現在、過去3年間の間に顔、首に放射線治療を受けたことがありますか。 □なし □ある 病名()

アレルギーはありますか。 □なし □ある (薬 食物)

慢性的に以下のような体の症状がありますか。

□頭痛 □鼻炎、鼻閉 □めまい □口の乾燥 □いびき □姿勢が悪い □冷えを感じる

女性の方へ 妊娠あるいは授乳中ですか □いいえ □妊娠中(ヲ月) □授乳中

どうなさいましたか。 当てはまる項目に☑をつけて下さい (複数可)

□検診をしてほしい □歯の清掃をしてほしい □歯科金属をはずしたい、ノンメタル歯科治療をしたい

□歯が痛む □歯がしみる □痛くはないがむし歯がある □かみ合わせをみてほしい

□歯グキが痛む □歯グキが腫れた □歯がグラグラする □キャビテーションの相談

□治した所がはずれた、壊れた □歯を入れたい □義歯の相談 □睡眠時無呼吸症候群

□歯科矯正の相談 □その他 ()

この機会に □悪い所は全部治したい □気になる所だけ治したい □説明を聞いて決めたい

その他ご要望などございましたらご記入ください。

ご職業 () タバコを吸いますか。 □はい 本/日 □いいえ

歯科で麻酔をしたことがありますか。 □はい □いいえ

血が止まりにくかったことがありますか。 □はい □いいえ

診療日・休診日・イベントなどのお知らせをメールにてご案内します。よろしければアドレスを教えてください。

()