

受付・予診表

ハルデンタルクリニックは、あなたの健康状態を知り、安全な歯科治療に努めたいと考えています。
下記質問へのご回答をお願いいたします。 ※裏面も御座います。

フリガナ			性別	生年月日
氏名			男・女	大・昭・平 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳)
現住所	〒 _____			
連絡先	ご勤務先名	携帯電話番号	自宅電話番号	
メールアドレス	メールマガジン【希望する・しない】 ※お得な情報を配信致します。また希望する方には歯科医院専用ブラシを差し上げます。			

[1] ご来院いただきありがとうございます。来院のきっかけを教えてください。

- ご紹介（紹介者： _____ / 紹介カードを持っている）
 医院以外の方にすすめられた / 家族の勧め 友人・知人の勧め その他（ _____ ）
 ホームページ（オフィシャル） ネットの口コミサイト その他のネット検索
 東京池袋インプラントセンターのホームページ（黒色）
 東京池袋審美歯科ホワイトニングセンターのホームページ（ピンク色）
 自宅に近いから 職場に近いから 通りすがり 看板をみて チラシをみて
 その他（ _____ ）

◆歯について

[2] いかがされましたか？

- 歯が痛い（ かすかに < 軽く < かなり < 強く < 耐えられない程）
 歯がしみる 歯が浮いている 歯ぐきから血が出る 歯ぐきが腫れた
 口内に何かできた 詰め物が取れた 義歯が壊れた 歯を入れてもらいたい
 歯を白くしたい 検査をしてほしい 歯の掃除をしてほしい 歯並びを治したい
 その他（ _____ ）

[3] 歯が痛む場合、どのように痛みますか？

- 冷たいものがしみる 熱いものがしみる 噛むと痛みがある 常にズキズキ痛む
 その他（ _____ ）

[4] どこが痛みますか？

- 右上奥 右下奥 前上 左上奥 左下奥 その他（ _____ ）

[5] 痛みはいつからですか？

- 最近 (_____) 日前から ずっと前から 時々

[6] 今回より前に歯科診療を受けたことはありますか？

- ない 当医院 他の医院 で、(_____) 日前 (_____) 週間前 (_____) か月前 (_____) 年前
 ⇒現在は、 完治した 通院中 途中で止めた

◆歯以外の病気について

[7] 通院中・治療中の病気はありますか？

現在治療中の病気は□にチェックを、過去に治療した病気は病名に×印をお願いします。

- ない
 高血圧 糖尿病 脳卒中 ぜんそく 肝臓病 腎臓病 てんかん
 心臓病 (狭心症 心筋梗塞 不整脈 弁膜症 心不全 心筋症 先天性心疾患)
 アレルギー 甲状腺の病気 がん 認知症 HIV
 その他 ()

[8] 現在服用中の薬剤はありますか？

- ない ある／お薬の名前・種類 ()

◆お身体の状態について

[9] 生活の中で気になるお身体の状態を教えてください。

- ・ 歯科治療中に気分が悪くなったことがありますか？ いいえ はい
・ 妊娠・授乳中ですか？ いいえ はい
・ 薬のアレルギーはありますか？ ない ある／お薬の名前・種類 ()

◆生活習慣について

[10] 生活習慣について教えてください。

- ① 歯磨きは、
【時間帯】 起床後 朝食後 昼食後 夕食後 就寝前
【1回の時間】 () 分程度 【使うもの】 歯ブラシ フロス 歯間ブラシ
② 喫煙習慣は、 なし あり 過去にあり
③ 睡眠時間は、1日平均 () 時間程度
④ 間食は、 しない 規則正しく摂る 不規則に摂る

◆治療のご希望について

[11] ご希望の治療を教えてください。

- 悪いところは全部治療したい
 痛いところだけ、希望するところだけ治したい
 歯の磨き方などについても教えて欲しい
 検査・クリーニングについて教えて欲しい
 できるだけ保険を使った治療を希望
 保険のルールがよく分からないので説明して欲しい
 自費治療を含む最善の治療方法の説明を受けた上で、自分で選択したい

[12] 当医院へのご要望等何かありましたら教えてください。

()

ハルデンタルクリニック (<http://www.haldental.net>)

診療時間 8:00～13:00 / 14:30～18:30

〒171-0021 東京都豊島区西池袋 2-41-8 IOB1F

TEL 03-5985-4183