

ふりがな
氏 名： 性別： 男 ・ 女
生年月日：大・昭・平・令 年 月 日生（満 歳） 血液型： 型
〒
住所： 建物名： 号室
電話番号： （ ） 緊急連絡先： （ ）
（□自宅 □会社 □その他： ）
職業： 勤務先名：

- 本日は他の医療機関からの紹介状はお持ちですか ☐ はい ☐ いいえ
● マイナ保険証(保険証と紐づけされたマイナンバーカード)をお持ちですか。
☐ いいえ ☐ はい⇒ 本日、診療情報取得に同意されましたか ☐ はい ☐ いいえ
● 当院は何で知りましたか？

下記の中で該当するものすべてに○をしてください。

Google yahoo 駅看板 バス広告 インスタグラム 新聞折込チラシ ポスティング
アリフト プロレコ歯医者 久喜総合歯科 or いしはた歯科クリニック ホームページ
インターネット（サイト名 ） 知人からの紹介（お名前 ）
その他（差し支えなければ詳細をご記入ください⇒ ）

【症状について】

- ・本日は、いかがなさいましたか ☐ 治療・診察希望 ☐ 顎診療希望 ☐ 検診希望 ☐ その他： _____
・症状について教えてください（記入例：いつから： 3 日前 部位： 右下奥 症状： 痛い・しみる・腫れている ）

（いつから： _____ 部位： _____ 症状： _____）

【生活習慣】

- ・歯磨きはいつされますか ☐ 起床後 ☐ 食後（□朝 □昼 □夜） ☐ 就寝前 ⇒1 回の歯磨き時間：約 _____ 分
・歯ブラシ以外の利用 ☐ なし ☐ フロス ☐ 歯間ブラシ ☐ その他： _____
・タバコは吸われますか ☐ なし ☐ 禁煙中 ☐ あり（喫煙期間 _____ 年間、1 日 _____ 本）
・お酒は飲めますか ☐ なし ☐ あり
・睡眠について 約 _____ 時間（□良好 □普通 □不良）
・食生活について 習慣的飲物 ☐ なし ☐ あり（何を飲みますか： _____）
間 食 ☐ 不規則 ☐ 規則的 ☐ あまりしない

【女性の方へ】 ☐ 妊娠中⇒現在 _____ ヲ月 、予定日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 ☐ 授乳中

【既往歴】

- ・服用中の薬 ☐ なし ☐ あり⇒薬剤名： _____
・お薬手帳は ☐ 忘れた ☐ 作っていない ☐ あり→ご提示をお願いします。

※現在、服用中のお薬がある場合は、お薬手帳を次回お持ちください。

<現在もしくは過去の全身疾患> ☐ なし ☐ あり→下記の病気に✓を入れてください。

- ☐ 脳血管障害 ☐ パーキンソン病 ☐ てんかん ☐ 気管支喘息 ☐ 慢性気管支炎 ☐ 虚血性心疾患
☐ 高血圧 ☐ 心不全 ☐ 不整脈 ☐ 慢性心臓病 ☐ 肝炎（ 型） ☐ 糖尿病

☐甲状腺機能低下症 ☐甲状腺機能亢進症 ☐感染性心内膜炎 ☐副腎皮質機能不全
☐骨粗鬆症 ☐関節リウマチ ☐花粉症 ☐その他 ()

<アレルギー>

☐アレルギー (☐食物: _____ ☐その他 _____)
☐薬物アレルギー (☐抗生剤 ☐麻酔 ☐ピリン系 ☐ヨード ☐その他: _____)

<現在もしくは過去の慢性疾患>

・手術の経験は ☐なし ☐あり (いつ頃: _____ 病名: _____)
☐ペースメーカー ☐透析

・かかりつけ医 病院名: _____ 担当医: _____

【歯科既往歴】

・歯科での麻酔の経験 ☐なし ☐不明 ☐あり (その時の異常は ☐なし ☐あり⇒症状 _____)
・抜歯の経験は ☐なし ☐不明 ☐あり (その時の異常は ☐なし ☐あり⇒症状 _____)
・歯磨き指導の経験は ☐なし ☐不明 ☐あり (☐他院 ☐学校)
・歯周病治療の経験は ☐なし ☐不明 ☐あり

【アンケート】

・他の医院で辛い経験はありましたか

☐いいえ ☐はい⇒差し支えなければ内容をお聞かせ下さい

・現在スポーツをされていますか ☐いいえ ☐はい⇒スポーツ: _____

・診療について希望はありますか ※該当する項目にすべて✓してください。

☐問題ある場所は全て治したい ☐費用がかかってもなるべく長持ちする治療を受けたい
☐保険の適用範囲で治したい ☐先生が考えている理想的な治療の提案を聞きたい
☐お口全体の虫歯、歯周病、口臭のリスクを把握したい
☐その他 ※ご希望、特記事項等があれば記入をお願いします

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

ありがとうございました。
御手数ですが、受付までお持ちください。
ご不明な点などございましたら遠慮なくお声
掛けください。 大宮いしはた歯科

