

ふりがな 氏 名	(男・女) 血液型 型	生年月日 平 昭 明 大 年 月 日 (満 歳)	紹介者 様
ご 住 所 〒 - -		自宅電話	勤務先(電話)
携帯電話番号 - -		※緊急連絡等に使用いたします。	

当院ははじめてですか？ はじめて 前に来たことがある (約 年 ヶ月前)

どうなさいましたか？

<input type="checkbox"/> 虫歯の治療がしたい	<input type="checkbox"/> 検査をして欲しい	<input type="checkbox"/> 歯がしみる
<input type="checkbox"/> 入れ歯をいれたい	<input type="checkbox"/> 歯並びを治したい	<input type="checkbox"/> 歯肉が腫れた
<input type="checkbox"/> 歯の掃除をしたい	<input type="checkbox"/> 前につめた物がとれた	<input type="checkbox"/> 顎関節が痛む
<input type="checkbox"/> その他 ()		

どこがお痛みですか？

右上	前上	左上	<input type="checkbox"/> 歯	<input type="checkbox"/> 舌	<input type="checkbox"/> 歯肉
右下	前下	左下	<input type="checkbox"/> 頬	<input type="checkbox"/> 顎	<input type="checkbox"/> 唇

そして

いつから痛みますか？

今日 はじめて 昨日 から 時々 _____ 日 くらい 前から

ずっと 前から 現在 痛み は ない

痛み方は？

<input type="checkbox"/> ズキズキ	<input type="checkbox"/> ズーッと	<input type="checkbox"/> 噛んだ時に痛む	<input type="checkbox"/> 痛んだり病んだり
<input type="checkbox"/> 冷たい物がしみる	<input type="checkbox"/> 夜になると痛む	<input type="checkbox"/> 甘い物で痛む	
<input type="checkbox"/> 熱い物がしみる	<input type="checkbox"/> 物がはさまって痛む		

麻酔の注射や歯を抜いて、何か異常はありませんでしたか？

ない ある⇒ 気分が悪くなる 大量の出血 貧血になった (具体的に)

薬や食べ物アレルギー、特異体質などありませんか？

ない ある⇒ 薬で胃が痛くなったり、気分が悪くなる じんましん アトピー ぜんそく 他・原因 ()

現在通院中の医院はありますか？ また、薬を飲んでいますか？

ない ある⇒ 病名 ()
医院名 / 医師名 ()
薬剤名 ()

過去に入院・手術・輸血の経験はありますか？

ない ある⇒ 入院 手術 輸血
____ 年前ごろ 病名 ()

内科的な病気はありませんか？ また過去にかかったことはありませんか？

ない ある⇒ 高血圧 心臓発作 低血圧 糖尿病 肝炎 (A・B・C・他) 胃腸・腎疾患 脳神経疾患 その他 ()

その他特別な事はありませんか？

ない ある⇒ 貧血 めまい・たちくらみ 妊娠 ヶ月 産後 ヶ月 その他 ()

治療方法のご希望は？

悪い歯は全部治したい 今痛んでいる所だけ治したい

健康保険の範囲で治したい 保険のきかない所は自費でもかまわない

最も良い資材と方法で治して欲しい 相談の上決めたい

治療や予約に関してご希望はありますか？

ない 治療を 年 月 日 までには終了したい

予約の曜日は 曜日 (AM・PM) 時頃がいい

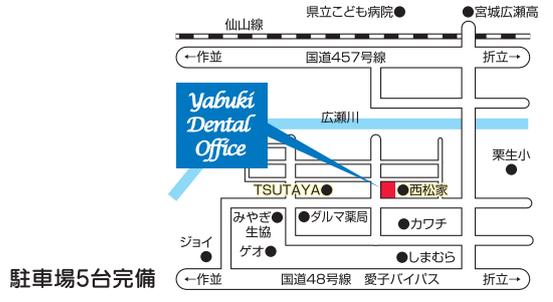
領収書は？ 必要ない 毎回欲しい 治療の最後にまとめてほしい

その他、要望等がありますか？



Yabuki Dental Office

〒989-3122
仙台市青葉区栗生6-11-5
アロジジオS 1F
TEL : 022-796-6795
【診療時間】 9 : 30 ~ 13 : 00 14:30 ~ 19:00
【休診日】 日・祭日・水曜日
※祝日がある週の水曜日は診療します。



県立こども病院 ● 宮城広瀬高

仙山線

←作並 国道457号線 折立→

Yabuki Dental Office

広瀬川

TSUTAYA ● 西松家 ● 乗生小

みやぎ生協 ● ガルマ薬局 ● カワチ ● ジョイ ● ケオ ● しまむら

←作並 国道48号線 愛子バイパス 折立→

駐車場5台完備