

フリガナ

氏名(name): _____ 生年月日(date of birth): _____ 年(year) _____ 月(month) _____ 日(day) _____

住所(address): 〒 _____

日中連絡先(daytime phone): _____ 職業(occupation): _____

携帯(mobile): _____ ☆メールアドレス(mail address): _____

※前日にご予約の確認メールをお送りさせていただきます。(just for the reminder mail system)

当医院を知ったきっかけは？(how did you find us?)

- ご紹介者(referer): _____ HP (website) 通りすがり(passing by)
 看板(sign) チラシ(flyer) ブログ(blog)
 ネット検索ワード(search word): _____ ネット広告(web ads): _____

治療を行う際に必要な事項ですので、できるだけ詳しくご記入ください。なお、この資料は医学的な事項が含まれておりますので、秘密を厳守いたします。

(*These personal informations are adhered.)

・どうなさいましたか？(What is wrong with you?)

- 歯が痛い(toothache) 歯茎が痛い(gums hurt) 虫歯の治療をしたい(cavity)
 詰め物がとれた(filling fell out) 白いつめもの・かぶせもの(white filling & crown)
 歯のクリーニング+検診(teeth cleaning & check-up) 歯のホワイトニング(teeth whitening)
 口臭が気になる(bad breath) その他(other)～

・現在、他の病院に通っていますか？(Currently are you a patient in a hospital?)

- いいえ(No) はい(Yes)
 病院名(name of hospital)～ 診療科目(details of treatment)～
 担当医(name of doctor)～ 電話番号(phone number)～

・現在、飲んでいる薬はありますか？(Are you presently taking medication?)

- 無(No) 有(Yes) 薬の名前(name of drug)～

・薬でアレルギーを生じたことがありますか？(Have you ever been allergic to medication?)

- いいえ(No) はい(Yes) 薬の名前(name of drug)～

・麻酔をしてトラブルがありましたか？(Have you ever had any trouble with anesthesia?)

- いいえ(No) はい(Yes) 具体的に(specifically)～

・歯を抜いたことがありますか？(Have you ever had a tooth removed?) いいえ(No) はい(Yes)

・歯を抜いたときにトラブルはありましたか？(Have you had any trouble in tooth extraction?)

- いいえ(No) はい(Yes) トラブルがあれば具体的に(contents of a trouble)～

・ご家族(あなたを含め)で血が止まりにくい方はいらっしゃいますか？(Do you (or your family)suffer from hemophilia?)

- いいえ(No) はい(Yes)

・過去にどのような病気をしましたか？(What illnesses have you had in the past?) 特になし(Nothing in particular)

- 胃腸の病気(stomach & intestinal disorder) 肝臓の病気(liver disease) 結核(tuberculosis)
 心臓の病気(heart disease) 腎臓の病気(kidney disease) 喘息(asthma)
 高血圧症(high blood pressure) 糖尿病(diabetes) エイズ(AIDS)
 甲状腺の病気(thyroid problem) その他(other)

・治療に対する希望(Your preferences for treatment)～

・最後の歯科治療はいつ頃ですか？(the date of most recent dental treatment) _____ 年(year) _____ 月(month)

・女性の方への質問です(Questions for women)

*妊娠していますか、またその可能性はありますか？

(Pregnancy or a possibility of pregnancy) いいえ(No) はい(Yes) _____ ヶ月(months)

*授乳中ですか？(Are you presently breastfeeding?) いいえ(No) はい(Yes)