

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)

・当日キャンセルの費用～¥10,000(税別)/時間(Cancellation fee on the booked day: 10,000yen+tax /hour)