

平成 年 月 日

泉ヶ丘 ニコニコ歯科

フリガナ	血液型	性別： 男 ・ 女
お名前	型	ご職業：
ご住所 〒 - 市 区		
生年月日	明治・大正・昭和・平成	年 月 日 (歳)
TEL	()	携帯 ()

来院されたのは、どのような理由からですか？ ア～クよりお答え下さい。

ア むし歯がある	カ 歯並びが悪い
イ 痛みがある(歯・歯ぐき・あご・その他)	キ 歯を白くしたい
ウ 歯を入れたい	(詰め物 ・ 被せ物 ・ 着色 ・ ホワイトニング)
エ 検査してほしい	ク インプラント治療
オ 歯の清掃してほしい	ケ 相談 ()
	コ その他 ()

診療に対するご希望を、ア～ウより○でお答え下さい。

ア 検査のうえ悪い所は全部治してほしい	()
イ 苦痛のある所のみ治してほしい	
ウ その他ご希望があれば自由にお書き下さい	

治療費についてのご希望を、ア～ウより○でお答え下さい。

ア 保険の範囲で治したい
イ なるべく保険診療で、保険のきかないところは自費でもよい
ウ 自費治療の説明を聞いたうえで判断したい

以下の病気にかかったことがありますか？ ア～クより○でお答え下さい。
()内は飲まれているお薬の名前をお書き下さい。

ア 血液の病気 ()	カ 胃腸の病気 ()
イ 心臓の病気 ()	キ 高・低血圧 ()
ウ 腎臓の病気 ()	ク 糖尿病 ()
エ A・B・C型肝炎 ()	ケ 骨粗しょう症 ()
オ その他肝臓の病気 ()	コ その他 ()

アレルギーや特異体質がありますか？ どちらかに○でお答え下さい。

ア 薬や注射で異常がありますか	(はい・いいえ) → [薬の名前:]
イ じんましん・ぜんそくの症状がありますか	(はい・いいえ) → [じんましん・ぜんそく]
ウ タバコは吸いますか	(はい・いいえ) → [1日約 本]
エ 過去に抜歯や麻酔をされた方で何か異常はありましたか(ある・ない)	→ [症状:]

女性の方に、どちらかに○でお答え下さい。

ア 現在授乳中である	(はい・いいえ)
イ 妊娠している可能性がありますか	(はい・いいえ) [妊娠 月]

当院をどのようにして、お知りになりましたか？ ア～サより○でお答え下さい。

ア パンフレットを見た	カ 家族又は知人に紹介された(紹介者:)
イ 電話帳を見た	キ 折込広告を見た
ウ 建物を見た	ク ホームページを見た
エ 泉北コミュニティを見た	ケ その他 ()
オ バス広告を見た	コ 光明池/和泉中央/なかもず/樺・美木多CLに受診した事がある
	サ 看板を見た

通院の手段とお時間はどれくらいでしょうか？

ア 徒歩	イ 車・バス	ウ 電車	エ 自転車	オ その他 () [約 分ぐらい]
------	--------	------	-------	--------------------

個人情報保護方針

当院は、患者様の信頼にお応えして安心して治療を受けられるよう、個人情報の保護に関する法令を遵守して、患者様の情報を適正に取扱うとともに、安全管理に適切な処置を講じます。
患者様からお預かりした個人情報は、当院が責任を持って厳重に管理します。