



平成 . . 受付

ふりがな		性別	生年月日	年齢
お名前		男・女		才
住所	〒 -	電話		
メールアドレス	携帯・パソコンどちらでもかまいません			
勤務先		住所：〒 -	電話 - -	

以下の質問にできるだけ正確にお答えください。以下、該当するものに ✓ チェックして下さい。

### 当院へのご来院は？

- 初めて  以前に来たことがある (約 年前)

### どうなさいましたか

- 歯が (痛い・しみる・かけた)  入れ歯が合わない、又は、入れ歯を作りたい  
 歯肉が (痛い・腫れた・血が出る)  歯が抜けたところをなんとかしたい  
 つめ物やかぶせ物が (はずれた・壊れた)  歯並びが気になる  
 お口の中を検査したい  歯の色が気になる、又は歯の形が気になる  
 歯石をとりたい  親知らずが気になる

### 今までに以下の病気にかかったことがありますか

- ない  心臓病  肝臓病  腎臓病  腎臓病  高血圧  糖尿病  ぜんそく  ぜんそく  
 脳血管系  その他 ( )

### 現在治療中のご病気はありますか

- ない  ある (病名 )

### 現在服用中のお薬はありますか

- ない  ある (薬名 )

### お薬の副作用やアレルギーを起こしたことはありますか

- ない  ある ( )

### 以前、歯科治療時の麻酔で気分が悪くなったことはありますか

- ない  ある ( )

### 現在妊娠中 又は その可能性はありますか？ また授乳中ですか？ (女性のみ)

- ない  ある ( ヶ月)  授乳中

### 当医院を何で知りましたか

- ホームページを見て  看板を見て  電話帳を見て  家族が当医院に通院しているので  
 知人に紹介されて (お名前 )

### 治療に関してご希望がございましたらお聞かせ下さい。

- 悪いところは全部治したい  痛いところだけ治したい。  ホワイトニングについて知りたい  
 なるべく保険で。但し重要箇所は保険外でも良い  最も良い方法と材質の物で治したい  
 その他 ( )

## まさきデンタルクリニック

〒183-0027  
東京都府中市本町1-7-1

TEL:042-364-6480

### ■診療時間

平日・土曜日	日曜日
午前10:00~13:30	午前10:00~13:30
午後15:00~20:00	午後15:00~18:00

### ■休診日 祝日