■お伺いします．オリオン歯科クリニックではできるかぎり完全な診断の元に診療を行いたいとおもいますので，以下の質問にお答えください．なお秘密は厳守することを申し添えます．記入をしたくない項目があれば記入せずにお進みください．

ふりがな

お名前　　住所　　お電話

1.どうしましたか？
□歯が痛い
□歯ぐきが痛い
□歯が動いている
□歯がしみる（熱・冷）
□歯ブラシが当たるといたい
□冠・入れ歯を入れたい
□入れ歯の調整希望
□冠・詰め物が取れた
□歯並びが気になる
□検診をして欲しい
□その他
※具体的に説明したければお書きください．

2.その場所はご自分からみてどこですか？
□右上奥歯　□上の前歯　□左上奥歯
□右下奥歯　□下の前歯　□左下奥歯

3.痛い場合，今現在はどうですか？
□痛くない　□少し痛い　□ひどく痛い

4.以前治療したとき次のようなことがありましたか？
□歯を抜いて血が止まりにくかった．
□気分が悪くなった

5.お薬などで問題が出たことがありますか？
□ない
□あった
かぶれ・湿疹・じんましん・ぜんそく・その他
その時の薬の名前（　　）・不明

6.次の病気をしたことがありますか？
□心臓の病気　□腎臓の病気
□糖尿病　□高血圧
□肝臓の病気　□血液の病気
※具体的に病名がわかる場合お書きください

（　　）

7.今現在は..
□治った
□治療中

8.妊娠について（女性の方にお聞きします）
□妊娠の可能性がある
□妊娠中（予定日　　）

9.他の歯の治療について
□今気になっている所だけ治療
□他に悪いところがあればすべて治療したい
□悪いところの説明を聞いてから治療
するか決めたい

10.麻酔について．
□必要なら麻酔を必ずしてほしい
□多少は我慢するので麻酔はできるだけ
しないで欲しい
□その都度説明を聞いてから決めたい
□先生の判断に任せる

11.当クリニックでは原則的にはすべて
保険にて治療を行っておりますが，歯の
場所や色などによっては，保険以外の
方法がより良い場合もあります．
□説明は必要なくすべて保険での治療を希望
□そのつど説明を受けて判断したい

12.当医院をなんでお知りになりましたか？（任意）
□ 知人・家族の紹介（ご紹介者名　　）
□ 他の医療機関からの紹介（診療所名　　）
□ タウンページ　□ 新聞を見て　□ 看板を見て
□ 院前を通って　□ ホームページ　□その他
□yahoo,google　□デンターネット　□その他の検索サイト
E-mailアドレスをお持ちの方で歯科ニュースレター・
連絡等に使用してもかまわない方はお書きください．

E-mail _____