

フリガナ		性別	男	生年月日	西暦	年	月	日	歳
お名前			女	職業					
現住所	〒	-		電話番号	自宅	-	-		
					携帯	-	-		
				<p>※当院から予約日時の確認でショートメールを送信させていただくことができます。 受信したくない方は受付スタッフまでお声がけ下さい。</p>					
①当院に来院されたのは			1. はじめて		2. 以前来たことがある				
②当院を選ばれた理由			1. 近いから		2. ホームページを見て		3. パンフレット		
			4. 家族が来院しているから		ご家族氏名()				
			5. 紹介		ご紹介者名()		6. その他()		
③内科的・外科的・精神的疾患はありますか			1. ない		2. 現在通院中		3. 以前あった(年くらい前)		
			該当する疾患に○をつけてください						
			a. 糖尿病 (HbA1c %、空腹時血糖 mg/dl)						
			b. 心臓 (・ペースメーカー		有/無)		
			c. 腎臓		d. 肝臓(B型・C型・不明・肝硬変)		e. 貧血		f. 血液疾患
			g. 高血圧 (/)		h. 胃・腸		i. 蓄膿症		j. リウマチ
			k. 精神疾患()		l. その他()				
④アレルギー・ぜんそく・湿疹・じんましんなどがありますか			1. はい ()		2. いいえ				
⑤かかりつけの病院はありますか			医院名						
⑥現在服用中のお薬はありますか			1. はい (お薬の名前)		2. いいえ				
⑦お薬で副作用が出たことはありますか			1. はい (症状)		2. いいえ				
⑧妊娠・授乳中の方はご記入ください			1. 妊娠中 (妊娠 カ月/ 出産予定日：平成 年 月 日)						
			2. 授乳中 (お子さんの年齢： 歳 カ月)						
⑨お子さんはいらっしゃいますか			1. はい (人数： 人)		2. いいえ				
⑩治療に対する希望									
⑪歯周病の進行を早める喫煙の状況についてお尋ねします									
a. タバコを吸ったことがありますか？			1. はい				2. いいえ		
b. 一日あたりの本数			歳～		歳		1日	本	
			歳～		歳		1日	本	
c. 現在も吸っていますか？			1. はい		2. いいえ				
d. 同居している家族、職場、その他毎日のお付き合いの中で他人のタバコの煙をよくすすっている方だと思いませんか？			1. 大変思う		2. 思う		3. 思わない		4. わからない