



大塚たままみ矯正歯科

受診日 年 月 日

ふりがな			生年月日	大正・昭和・平成	既婚・未婚
お名前	男・女		年	月	日生 (歳)
住所	〒 -				
電話	()	E-mail アドレス			
携帯電話	()				
職業	勤務先	勤務先住所			
ご紹介者	無・有	様			

主訴 (気になる部位や受診理由をお書きください)							
どんなことが 気になりますか？	<input type="checkbox"/> 歯並びを指摘された	<input type="checkbox"/> 歯並びのデコボコが気になる					
	<input type="checkbox"/> 歯がでている	<input type="checkbox"/> 歯並びにすき間がある					
	<input type="checkbox"/> 下の歯がでている	<input type="checkbox"/> かみ合わせが深い	<input type="checkbox"/> かみ合わせが横にずれている				
	<input type="checkbox"/> 扁桃腺が腫れることが多い	<input type="checkbox"/> 歯がないところがある	<input type="checkbox"/> 歯がぐらぐらする				
	<input type="checkbox"/> あごが痛い	<input type="checkbox"/> 歯を白くしたい (ホワイトニング希望)					
	<input type="checkbox"/> 以前にも矯正治療を相談したことがある (_____)						
	<input type="checkbox"/> 家族に似たような咬み合わせがいらっしゃる (父・母・兄弟) _____						
今までにかかった 病気についてお聞かせ 下さい	<input type="checkbox"/> 心臓の病気 (狭心症・心筋梗塞・その他)	<input type="checkbox"/> 肝臓の病気 (肝炎・黄疸)					
	<input type="checkbox"/> 自律神経失調症 (_____)	<input type="checkbox"/> 脳疾患 (脳梗塞・脳出血・その他)					
	<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 蓄膿症	<input type="checkbox"/> アレルギー	<input type="checkbox"/> HIV (エイズ)			
	<input type="checkbox"/> その他 _____						
現在通院中の病名はありますか？	ある・ない	病名 _____	(病院名) _____				
薬物アレルギーはありますか？	ある・ない	(家族にいます) _____					
今飲んでいるお薬はありますか？	ある・ない (薬品名) _____						
妊娠中ですか？	はい・いいえ	また今後予定はありますか？ _____					
歯の麻酔、抜歯について お聞かせ下さい	<input type="checkbox"/> とくに問題ない	<input type="checkbox"/> 気分が悪くなった					
	<input type="checkbox"/> 貧血をおこした	<input type="checkbox"/> 血が止まりにくかった					
初潮はありましたか？	はい・いいえ _____ (いつ)						
金属アレルギーはありますか？	はい・いいえ _____						
通院日のご希望	月	火	水	木	金	土	(午前 _____ 午後 _____)
	<input type="checkbox"/> その他 _____						
当院を知るきっかけを お聞かせください	<input type="checkbox"/> ご紹介	<input type="checkbox"/> インターネット	<input type="checkbox"/> 看板	<input type="checkbox"/> パンフレット			
	<input type="checkbox"/> その他 _____						