

ふりがな				性別
お名前				男・女
生年月日	西暦	年	月	日 () 歳
ご住所	〒			通院手段/通院所要時間 徒歩・車・バス・電車 () 分位
TEL	()		携帯	()
FAX	()		メール	@
●当クリニックからの検診のお知らせをお送りしてもよろしいですか (はい いいえ) ●お知らせの送信方法はどちらをご希望されますか (はがき Eメール 電話 FAX)				
ご職業			勤務先	
●当院をお知りになったきっかけは何でしょうか? Yahoo 検索・Google 検索・地図検索：検索ワード() Youtube・Instagram・バナー広告・検索窓・LINE 広告・ホットペッパービューティー 紹介 (ご紹介者お名前：) 看板・建物を見て ホームページ その他 ()				
●本日ご来院された理由を教えてください ☐ インプラントにしたい ☐ 歯並びを治したい ☐ セカンドオピニオン希望 ☐ 咬み合わせの相談 ☐ ホワイトニング ☐ ほうれい線が気になる ☐ 高濃度ビタミン点滴療法に興味がある ☐ メインテナンス ☐ 小顔になりたい ☐ 唇にボリュームを持たせたい ☐ マウスピースの相談 ☐ そのほか ()				
●今までの歯科治療について ①最後に治療したのはいつ頃ですか? 年 月頃 ③麻酔注射の経験はありますか? ☐ いいえ ☐ はい ②抜歯の経験はありますか? ☐ いいえ ☐ はい ④治療中に気分が悪くなったことがありますか? ☐ いいえ ☐ はい				
●過去に大きな病気をされたことがありますか? ありましたらできるだけ詳しくお書きください ☐ いいえ ☐ はい→①肝炎 A 型、B 型、C 型、その他 () ②心臓病③糖尿病④肝臓病⑤高血圧症 ⑥ぜん息 ⑦てんかん ⑧脳卒中 ⑨エイズ ⑩性感染症 ⑪梅毒 ⑫その他 ()				
「はい」と答えた方は、その時の経過を教えてください				
●現在、内科等、他科の医院に通っていますか? ありましたら、できるだけ詳しくお書きください ☐ いいえ ☐ はい→() 病院 () 科 () 先生 ●TEL ()				
●現在 (または最近まで) 服用している薬がありますか? ありましたら、できるだけ詳しくお書きください ☐ いいえ ☐ はい→薬剤名 () いつから () ☐ 手帳持参あり				
●特異体質、アレルギーがありますか? ありましたら、できるだけ詳しくお書きください ☐ いいえ ☐ はい→①薬 () ②食べ物 () ③その他 ()				
●現在、妊娠していればご記入ください ☐ いいえ ☐ はい→() ヶ月) 出産予定日 年 日ごろ ※治療期間中に妊娠された方はお知らせください				
●喫煙はしますか? ☐ いいえ ☐ はい→ (☐ 紙タバコ ☐ 電子タバコ→ 1 日 本)				
●診療についてのご希望 (よい材料で治したい、治療時間や期間、通院しやすい曜日など、ご希望や、治療に関するご質問) がございましたら何でもご記入ください				

●数ある歯科医院の中で当院をお選びになった理由をお聞かせください

ホームページのどこがよかったか

紹介者（

）様にどう紹介されたか

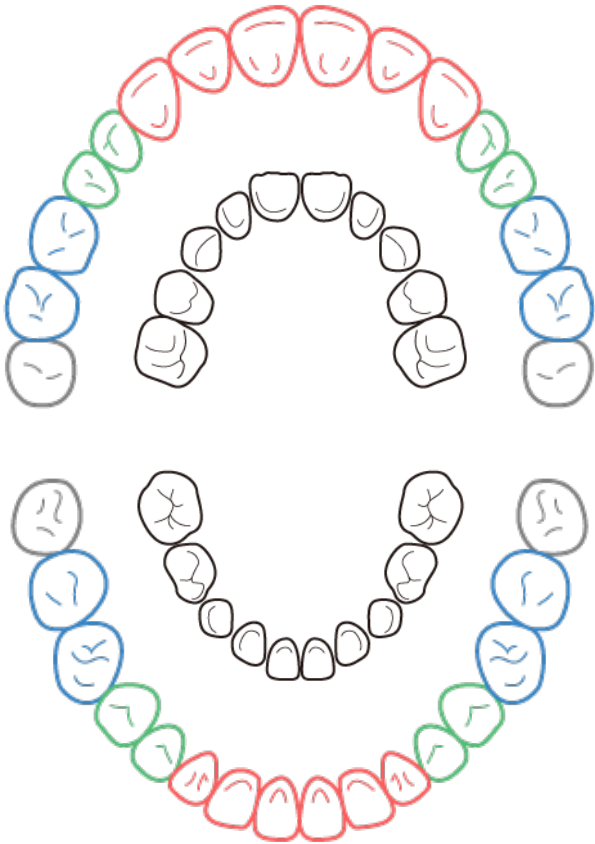
●今まで通院されていた医院での不満、また決してして欲しくないことなどはありますか？

●あなたのお口の状態がどのようなになるのが理想的ですか？

●治療を行うにあたり「これだけは伝えておきたい」といったことがありましたら、教えてください

●備考、メモ

未成年者治療同意書



☐麻酔が必要になった場合使用することを許可します。

☐虫歯が大きかった場合神経を取る治療になる場合があります。

☐抜歯が必要な歯があれば抜歯します。

☐必要に応じてレントゲンを取る場合があります。

☐薬の処方をさせていただく場合がございます。薬のアレルギーがある方は下記に記入をお願いします

保護者様から当院に伝えておきたいことがございましたら記入をお願いします

※未成年の治療に関するトラブルを未然に防ぐ為皆様に同意書をお渡ししています。

※治療当日に保護者の同伴か、同意書の提出をお願いしております。

※保護者不在で同意書をご持参いただけない場合、当日の治療はできませんのでご了承ください。

保護者名 (18歳未満の方は、保護者の方の同意が必要です)

治療を受ける方のお名前

抜 歯 同 意 書

部位

E D C B A								A B C D E							
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
E D C B A								A B C D E							

術後起こりうる合併症・後遺症

- ☐ 発熱・腫れ・痛み・出血・感染が生じることがあります。
- ☐ 一時的にアザが出来ることがあります。
- ☐ 開口障害・嚥下障害が出る場合があります
- ☐ まれに神経の麻痺や知覚障害がおこることがあります。
- ☐ 上顎の歯の場合、上顎洞に影響が出る場合があります。
- ☐ 隣の歯に影響がでることがあります。
- ☐ 骨との癒着などにより、歯の一部が残ることがあります。
- ☐ その他 ()

年 月 日

担当医：

抜歯治療同意書

上記の説明を受け、十分に理解しましたので、抜歯を承諾致します。

年 月 日

患者氏名：

保護者氏名：

(18歳未満の方は、保護者の方の同意が必要です)