

カウンセリングシート

年 月 日

ふりがな		生年月日
名前		年 月 日 (歳)
住所	〒	TEL () -
勤務先名		携帯 () -

1、本日来院された理由をお聞かせ下さい。(複数可)

- ・痛い(歯・歯ぐき・あご) ・しみる ・ぐらぐらする ・つめもの、冠がとれた
- ・入れ歯が合わない ・入れ歯を新しく作りたい
- ・クリーニング(歯石、着色除去) ・ホワイトニング ・矯正
- ・その他()

2、噛み合わせで食事がしづらいことがある ・はい ・いいえ

3、歯並びが原因でブラッシングがしづらいことがある ・はい ・いいえ

4、以下の病気で医師の治療を受けていますか？または過去に受けたことはありますか？

- ・心臓病 ・高血圧 ・低血圧 ・貧血 ・糖尿病 ・腎臓病 ・肝臓病(A型・B型・C型・その他)
- ・リウマチ ・血液病 ・ぜんそく ・HIV ・神経症 ・骨粗しょう症 ・てんかん
- ・その他()

5、現在飲んでいる薬はありますか？ ・はい ・いいえ

薬名()

※お薬手帳がある方は受付に提出をお願いします。

6、体内に心臓ペースメーカーが入っていますか？ ・はい ・いいえ

7、以下で当てはまることはありますか？

- ・たばこを吸う(1日 本) ・現在妊娠中(ヶ月) ・妊娠しているかもしれない ・授乳中
- ・アレルギーがある 薬() 金属() その他()
- ・ラテックス(ゴム)アレルギーがある ・はい ・いいえ

8、通院手段を教えてください。 ・徒歩 ・車 ・公共交通機関 ・その他()

9、歯周病についておうかがいします。

- ・今まで歯周病の治療をしたことはありますか？ ・はい ・いいえ
- ・今まで歯石取りをしたことはありますか？ ・はい ・いいえ
- ・ブラッシング指導を受けたことはありますか？ ・はい ・いいえ

10、その他治療についての同意

学術的な目的で患者さまの口腔内写真やレントゲン写真などを、個人が特定できない状態で使用させていただきます。歯科の学術向上の貢献となり、他の患者さまの利益にもつながりますので、何卒、ご理解、ご協力のほどをお願い申し上げます。

また、治療中に除去した口腔内の金属(被せ物など)やお持ちいただいた外れた被せ物は患者様から申し出がない限り、感染性医療廃棄物として処理いたします。申し出があっても切削により除去した場合原型をとどめていないことがあります。

上記内容に同意いたします。

2枚目のご記入もお願いいたします。

カルテNo. _____

当院をどのようにお知りになりましたか？（複数可）

- ・ 紹介、友人 _____ 様 何と紹介されましたか？（ _____ ）
- ・ 家族が通院している、していた ・ 当院を見て ・ 駅看板 ・ 雑誌ホームドクター
- ・ インスタ ・ ホームページ ・ e-park（検索サイト） ・ デンターネット ・ エキテン
- ・ Googleマップ検索 ・ チラシ ・ 内覧会 ・ アイビー歯科/こまち歯科/こゆき歯科に通院していた
- ・ その他（ _____ ）

インターネットで検索された方へ

検索した際のワードをお知らせください（複数可）

- ・ 歯科 ・ 歯医者 ・ 豊平区 ・ 平岸 ・ 南平岸 ・ むし歯 ・ 痛くない ・ 削らない ・ 抜かない
- ・ 小児 ・ 矯正 ・ 予約 ・ インプラント ・ 審美 ・ ホワイトニング ・ 検診 ・ 口コミ ・ おすすめ
- ・ その他（ _____ ）

ここから下は、【任意】でお答えください。

現在、ご自宅で介護を受けているご家族はいらっしゃいますか？

- ・ はい
- ・ いいえ

「訪問歯科診療」をご存知ですか？（当院でも実施しております。）

- ・ 利用している
- ・ 知っている
- ・ 聞いたことはない
- ・ 詳しく聞いてみたい

ご協力ありがとうございました。受付に提出して、もう少々お待ちください。



南平岸グラーノデンタル

医療法人社団博愛会 since 2004

医院使用欄

M	・	L	0	・	1	・	2	・	3	・	4	・	5	・	6	・	7	・	8	・	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---