岡山ヒルトップ歯科　　問　診　票　　今日の日付：

ふりがな	性別	生年月日	年齢	当院を知ったきっかけ
氏名：	男・女	年　月　日		さりお・オセラ・チラシ 中区区役所・道路看板 ネット検索・インスタ・Facebook **紹介者：**
現住所：〒				
電話：	職業：			
Email：	勤務先：			

来院の理由をお聞かせください：

よくある症状：　痛い，腫れてる，しみる，膿がでる，出血する，口臭が気になる，詰め物がとれた，見た目が気になる，噛めない
グラグラする，浮いた感じがする，歯周病，お口の定期チェック

治療に対する希望

□　制約にとらわれずベストな治療を受けたい
□　保険の範囲内で治したい
□　相談して決めたい

現在治療している病気はありますか？

癌，高血圧，糖尿病，狭心症，心臓の病気，脳卒中，呼吸器の病気，肝臓病，腎臓病，血液の病気，関節炎，書きたくない感染症

どんな薬を服用していますか？

ステロイド，抗血栓剤，アスピリン，免疫抑制剤

骨粗しょう症の治療をうけていますか？　いいえ・はい（薬：　　）

薬や食べ物でアレルギーがでますか？　なし・あり（　　）

体に合わない抗生物質はありますか？　なし・あり（　　）

妊娠，またはその可能性はありますか？　いいえ・はい

たばこを吸いますか？　いいえ・はい

お酒は飲みますか？　いいえ・はい（　　/日）

治療をうけるにあたって心配なことを教えてください