

健康状態記録票

No. _____

令和 年 月 日

今後の診断と治療を確かなものとするために、お手数ながらあなたの健康状態やお考えをお聞かせ下さい。お書き頂いた内容については、治療目的以外には使用いたしません。

ご氏名 _____ (大・昭・平・令) 年 月 日生 歳 (男・女)

ご自宅住所 _____ お電話() -

携帯電話 - -

勤務先 _____ 勤務先お電話() -

ご紹介者 _____

*当医院は初めてですか? 初めて, 以前来たことがある(頃)

*本日来院された理由は? 1 歯が痛い、2 むし歯、3 詰め物・かぶせ物がとれた、
4 歯ぐきが腫れた、5 歯ぐきから血が出る、6 歯石を取りたい、7 入れ歯が合わない、
8 入れ歯を作りたい、9 歯周内科治療、10 ホワイトニング、
11 その他 []

*あなたの治療ご希望 ① 悪いところは全部直したい・痛いところだけを直したい
② 保険の範囲で直したい・保険外の説明もして欲しい

*マイナ保険証による診療情報の取得に (同意する ・ 同意しない)

*その他治療上でのご希望や健康上担当医に知っておいて欲しいこと等、お書き下さい
[]