

健康状態記録票

NO. _____ 平成 _____ 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ください。

お書きいただ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 _____ (明・大・昭・平) 年 _____ 月 _____ 日生 _____ 歳 (男・女)

ご自宅住所 _____ お電話 (_____) _____ - _____
携帯番号 _____ - _____

勤務先名 _____ お電話 (_____) _____ - _____ ご紹介者 _____

*当院は初めてですか? 初めて、 _____ 以前来たことがある (_____ 頃)

*あなたの治療ご希望は?

- ①悪いところは全部直したい ・ 痛いところだけ直したい
- ②保険の範囲で直したい ・ 保険外の説明もして欲しい

*その他治療上でのご希望等があればお書き下さい。

インプラントを希望、 歯周内科治療を希望、 ホワイトニングを希望、その他

[_____]

*健康上担当医に知っておいて欲しいことがあれば、お書き下さい。

[_____]