



来院日： 年 月 日

お口の健康管理のために

フリガナ	生年月日(昭和・平成・令和) 年 月 日
氏名 男・女	紹介者
住所 〒	こちらから連絡する場合がございます。連絡が取れやすい番号をご記入下さい 電話番号：
現在の健康状態はいかがですか？ 良好 ・ 不良 ・ 妊娠 (週) ・ 熱 (℃)	
現在歯科以外の病院に通院中ですか？ いいえ ・ はい (科)	
内科的疾患はありますか？ 高血圧 糖尿病 心疾患 (心筋梗塞・狭心症・他 肝疾患 (B型肝炎・C型肝炎・他 腎疾患 (腎不全・他 呼吸器疾患 (気管支喘息・他 脳疾患 (脳梗塞・他 消化器疾患 (胃潰瘍・他 精神疾患 (うつ病・他 HIV その他()	
現在何か薬を飲んでいますか？ いいえ ・ はい (薬剤名：)	
特異体質、アレルギーはありますか？ いいえ ・ はい ()	
生活習慣の状況 1日の歯磨きの回数 : ____回 (起床後・朝食後・昼食後・夕食後・就寝前 補助清掃器具の使用 : なし・フロス・歯間ブラシ 間食の取り方 : 規則的・不規則・しない 喫煙習慣 : なし・あり (____本/日) 睡眠時間 : 約 ____時間	
ホワイトニングに興味はありますか？ はい ・ いいえ ・ 説明を聞きたい	
当院に来院したきっかけを教えてください。 <input type="checkbox"/> エムズ歯科に通院中 <input type="checkbox"/> 家族・知人の紹介 <input type="checkbox"/> インターネット <input type="checkbox"/> パンフレット/チラシ <input type="checkbox"/> 通りがかり <input type="checkbox"/> その他(