



| | | | |
|---------------|---|-------------------------------------|-----------------|
| (フリガナ) | | 男 | 生年月日 (満 歳) |
| お名前 | | 女 | 明・大・昭・平・令 年 月 日 |
| ご住所 | 〒 | 携帯番号 () 自宅 (緊急連絡先として) () | |
| ご勤務先 (学校名) | | E-mail | |

| | |
|------------------|---|
| どうなさいましたか | <input type="checkbox"/> 歯が痛い (しみる、ズキズキいたい、かむと痛い、はれた、その他) <input type="checkbox"/> 検診をしてほしい <input type="checkbox"/> 歯石を取りたい <input type="checkbox"/> 歯の黄ばみが気になる <input type="checkbox"/> 入れ歯が合わない <input type="checkbox"/> インプラントの相談がしたい <input type="checkbox"/> 歯並びが気になる <input type="checkbox"/> 歯の治療が怖い <input type="checkbox"/> その他 () |
| 当院をお知りになった理由は | <input type="checkbox"/> 知人・家族からの紹介 (ご紹介者名:) <input type="checkbox"/> ホームページを見て (検索キーワード:) <input type="checkbox"/> 看板を見て <input type="checkbox"/> 近いから <input type="checkbox"/> その他 () |
| 前回歯科治療を受けられたのは? | <input type="checkbox"/> 当院で (年 月前) <input type="checkbox"/> 他院で (年 月前) |
| その時の感想は? | <input type="checkbox"/> 痛かった <input type="checkbox"/> 痛くなかった <input type="checkbox"/> 怖かった <input type="checkbox"/> 優しかった <input type="checkbox"/> 通院が大変 <input type="checkbox"/> 便利だった <input type="checkbox"/> 説明してくれなかった <input type="checkbox"/> よく理解できた <input type="checkbox"/> その他 () |
| 診療についてご希望があれば | <input type="checkbox"/> 月 日までに治療を終えてほしい <input type="checkbox"/> 一度にたくさん治療し、来院回数を少なくしてほしい <input type="checkbox"/> 来院の回数は増えても、一度の治療は少しずつにほしい <input type="checkbox"/> 極端に“こわがり”なので、注意してほしい <input type="checkbox"/> 痛いところ、困っているところだけを治してほしい <input type="checkbox"/> 痛いところ、困っているところだけでなく、お口の中全体を治してほしい <input type="checkbox"/> 自分の歯についてのカウンセリング (相談) の時間を設けてほしい |
| 予約についてのご希望があれば | ・来院できる時間帯 <input type="checkbox"/> 午前 _____ 時頃 <input type="checkbox"/> 午後 _____ 時頃 ・来院できる曜日 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 特になし |
| ※女性の方のみ | <input type="checkbox"/> 妊娠中 (月) <input type="checkbox"/> 授乳中 (お子様の年齢 月) |
| 今までにかかった病気は | <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 肝炎 <input type="checkbox"/> その他 () |
| 次のようなことがありますか | <input type="checkbox"/> アレルギーがある (具体的に) |
| 現在飲んでいる薬はありますか | <input type="checkbox"/> 飲んでいない <input type="checkbox"/> 血圧の薬 <input type="checkbox"/> 糖尿病の薬 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症の薬 <input type="checkbox"/> 肝臓の薬 <input type="checkbox"/> 心臓の薬 <input type="checkbox"/> 腎臓の薬 <input type="checkbox"/> その他 () |
| 以前に歯を抜いたことがありますか | <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ⇒その時異常はありましたか? <input type="checkbox"/> 気分が悪くなった <input type="checkbox"/> 血が止まりにくかった <input type="checkbox"/> その他 () |

その他、気になることやご希望がございましたら、ご記入下さい



1. あなたはご自分の歯の本数をご存知ですか？

はい いいえ

現在の歯の本数は_____本だと思う

2. あなたは80歳のときに、何本歯を残したいですか？

私は80歳の時に_____本歯を残したい

3. あなたはご自分の歯を残すために、定期的に歯のクリーニングを受けたいと思われませんか？

はい いいえ

その理由は？_____

4. あなたはご自分の口もとが気になりますか？

はい いいえ

5. 口もとが気になり始めたきっかけは何ですか？

写真を見て 人に言われて
鏡を見て 雑誌を読んで

6. いつ頃から気になりはじめましたか？

数ヶ月前から 2～3年前から 子供の頃から

7. あなたは次のどのことが気になりますか？

(クリーン)

口臭 ヤニ 歯の汚れ 歯石
歯茎が赤い はれている 時々出血する

(ビューティー)

歯の色 歯の形 歯のすき間
歯並び
かぶせたものの色 かぶせたものの形
歯ぐきの色 歯ぐきの形

8. ホワイトニング（歯を白くする）に興味がありますか？

ある わからないので説明して欲しい ない