



(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 (ヶ月) <input type="checkbox"/> 授乳中 (お子様の年齢 ヶ月)
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. ふとした拍子にお子さんの様子を見ると、お口がポカンと開いていますか？
 はい たぶん、はい たぶん、いいえ いいえ よく分からない

2. 食事をする際、お子さんの足は床、ないしは、足置きにありますか？
 いつもある たまにある ほとんどない ない よく分からない

3. 食事をする際、お子さんが水を飲みながら、食べ物を流し込んでいますか？
 はい たぶん、はい たぶん、いいえ いいえ よく分からない

4. 将来、お子さんに良好な顔立ちとなって欲しいと願っていますか？
 はい いいえ

5. お子さんの顔立ち、歯並びに関する無料簡易検査をご希望ですか？
 はい いいえ

6. 顔立ち、歯並びに関する無料相談をご希望ですか？
 はい いいえ