

フリガナ		生年月日	年 月 日生 (満 歳) 男・女
お名前		ご住所	〒
ご連絡先	☎ ()	ご勤務先	ご勤務先名 :
携帯電話	()		〒
✉ E-mail	@		

1.今回はどうなさいましたか (すべての質問事項について複数選択可)	<input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> 歯がしみる <input type="checkbox"/> かむと痛い <input type="checkbox"/> 歯グキが痛い <input type="checkbox"/> 歯グキが腫れた <input type="checkbox"/> 歯グキから出血する <input type="checkbox"/> 入れ歯が合わない <input type="checkbox"/> 歯を入れたい <input type="checkbox"/> 詰め物が取れた <input type="checkbox"/> 歯が欠けた <input type="checkbox"/> 食べ物がつまる <input type="checkbox"/> 歯を白くしたい <input type="checkbox"/> 歯石を取りたい <input type="checkbox"/> 検診をしたい <input type="checkbox"/> その他 ()
2.当院をどのようにお知りになりましたか	<input type="checkbox"/> 知人・家族のご紹介⇒(ご紹介者名:) 様) <input type="checkbox"/> インターネット・ホームページ <input type="checkbox"/> チラシ <input type="checkbox"/> 本 <input type="checkbox"/> 携帯電話サイト <input type="checkbox"/> 看板・建物を見て <input type="checkbox"/> 自宅・職場から近い <input type="checkbox"/> その他
3.最近、歯科治療を受けられましたか	他院で約 (年前)・(ヶ月前)・(週間前)・(日前)
4.以前に歯科治療を受けられて なにか異常はありましたか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 痛んだ <input type="checkbox"/> 腫れた <input type="checkbox"/> 血が止まらなかった <input type="checkbox"/> 気分が悪くなった <input type="checkbox"/> 貧血になった <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 歯科麻酔で異常があった⇒(その時の症状は:)
5.麻酔についてご希望はありますか	<input type="checkbox"/> 少しでも痛みを伴う処置は必ず麻酔をしてほしい <input type="checkbox"/> 必要に応じて麻酔をしてほしい <input type="checkbox"/> できる限り麻酔はしてほしくない
6.現在の健康状態はどうですか	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 睡眠不足 <input type="checkbox"/> 疲労 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 肩こり <input type="checkbox"/> ストレス
7.他科の病院・診療所にかかっていますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい⇒病院・診療所名 ()
8.今までにかかったご病気はありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 血液疾患 <input type="checkbox"/> 心臓疾患 <input type="checkbox"/> 肝臓疾患 <input type="checkbox"/> 腎臓疾患 <input type="checkbox"/> 胃腸疾患 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> 肝炎 <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> 梅毒 <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> その他 ()
9.現在お飲みのお薬はありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい⇒ <input type="checkbox"/> 血圧の薬 <input type="checkbox"/> 糖尿病の薬 <input type="checkbox"/> その他 (お飲みの薬名:)
10.お薬が合わなかったことや お薬のアレルギーはありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい⇒(薬名:) (その時の症状は:)
11.他にアレルギーはありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい⇒ <input type="checkbox"/> 花粉症 <input type="checkbox"/> 金属 <input type="checkbox"/> 食物 <input type="checkbox"/> その他
12.血圧の状態はどうですか	<input type="checkbox"/> 高い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 低い 最近計った血圧は(最高血圧: 最低血圧:)
13.喫煙していますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (1日: 本)
*女性の方のみ⇒妊娠していますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい 妊娠 (ヶ月)
14.診療のご希望はありますか	<input type="checkbox"/> 今回の痛いところ・困っているところだけ治してほしい <input type="checkbox"/> 診査・診断をして全体的に治療してほしい <input type="checkbox"/> 自分の歯について色、歯並びなども相談したい <input type="checkbox"/> 定期的に検診してほしい <input type="checkbox"/> その他 ()
15.ご予約・ご来院のご希望はありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい⇒ 曜日 (月・火・水・木・金・土) 時間帯 (午前・午後・夜)
16.治療時間のご希望はありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい⇒ <input type="checkbox"/> 15分 <input type="checkbox"/> 30分 <input type="checkbox"/> 1時間 <input type="checkbox"/> 治療に応じて

上記の個人情報は治療以外の目的で使用いたしません。 ご協力ありがとうございました。