

ふりがな		生年月日	年齢
お名前		大正・昭和・平成 年 月 日	満 歳
ご住所	〒	電話番号 自宅 () () () 携帯 () () ()	
勤務先		勤務先電話番号	
当クリニックのことを お知りになったのは？	インターネット ・ 看板 ・ 広告 ・ 紹介 紹介は？ 職場 ・ 知人 ・ 友人 ・ ご家族 ★ご紹介者 () 様		
★当クリニックにお見えになったのは？ <input type="checkbox"/> 初めて <input type="checkbox"/> 以前来たことがある	★3か月以内にほかの歯科医院で治療を受けましたか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ → 今回の来院が約 () 年ぶり		
★気になる場所はどこですか？ 右上奥 上前歯 左上奥 右下奥 下前歯 左下奥	★気になりはじめたのは、いつ頃からですか？ <input type="checkbox"/> 今日 <input type="checkbox"/> 昨日 <input type="checkbox"/> () 日くらい前から <input type="checkbox"/> ずっと前から		
★どんな具合ですか？ <input type="checkbox"/> 特に気になるところはないが、お口の中の健診希望 (定期的に健診を受けていた ・ 受けていない) <input type="checkbox"/> むし歯が気になる (黒くなっている ・ 穴が開いている ・ 食事中大きく欠けた) <input type="checkbox"/> 詰め物・かぶせが外れた (銀色 ・ 白色) → 今日 ・ 昨日 ・ () 日くらい前 <input type="checkbox"/> 歯が痛む (我慢できるくらい ・ じっとしてもズキズキ痛む ・ 寝れないくらい痛む) <input type="checkbox"/> 歯がしみる (冷たい物・熱い物) <input type="checkbox"/> 咬むと痛む (カチカチすると痛む・食事中痛む・固い物が咬めない) <input type="checkbox"/> 歯ぐきから出血する <input type="checkbox"/> 歯ぐきが腫れた <input type="checkbox"/> 口臭が気になる (自覚あり・自覚なし) <input type="checkbox"/> 歯が動く (グラグラしている・咬みにくい) <input type="checkbox"/> 歯ぎしり・食いしばりがある (肩こり・偏頭痛) <input type="checkbox"/> 歯のないところに歯を入れたい (ブリッジ・入れ歯・インプラントの説明を受けたことが ある・ない) <input type="checkbox"/> インプラントの説明 ・ 治療を受けたい <input type="checkbox"/> 入れ歯が痛む・合わない <input type="checkbox"/> 入れ歯を新調したい <input type="checkbox"/> 見た目・歯並びをきれいにしたい <input type="checkbox"/> ホワイトニングに興味がある <input type="checkbox"/> 歯のクリーニングを受けたい <input type="checkbox"/> その他あればご記入ください ()			
★治療に対してのご希望 [部位] <input type="checkbox"/> 悪いところは全部治したい <input type="checkbox"/> 今、痛むところ、気になるところだけ治したい [期間] <input type="checkbox"/> 少しずつしっかりと時間をかけて <input type="checkbox"/> 1回の治療時間は長くても、できるだけ短期間で [費用] <input type="checkbox"/> カウンセリングを受けて、相談して決めたい <input type="checkbox"/> 保険の範囲内で治したい <input type="checkbox"/> 費用がかかっても、見た目が良く、丈夫で、長持ちする材質のもので治したい			
★最近のお体の具合はどうですか？ <input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> 良くない (疲れている・悪寒や熱がある) ◎女性の方 <input type="checkbox"/> 妊娠中 (月) <input type="checkbox"/> 授乳中			
★歯科治療に対して <input type="checkbox"/> ある程度慣れている <input type="checkbox"/> こわい <input type="checkbox"/> とてもこわい			
★今まで歯科治療を受けた時に、何か異常はありましたか？ (特に麻酔時や外科処置の際に) <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異状あり (気分が悪くなった・血が止まりにくかった) <input type="checkbox"/> 治療を受けたことがない <input type="checkbox"/> その他あれば、記入して下さい。()			
★既往歴をお聞きます。内科的なご病気はありますか？ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ・ 心臓 ・ 高血圧 [上 . 下] ・ 低血圧 ・ 糖尿病 ・ 腎臓 (透析) ・ 肝炎 (A型・B型・C型・その他) ・ ぜんそく ・ 血液疾患 ・ 胃潰瘍 ・ その他 ()			
★アレルギーはありますか？ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ・ 薬剤 () ・ 金属 () その他 ()			
★現在、服用中のお薬はありますか？ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ・ 心臓のお薬 ・ 血圧のお薬 ・ 血をサラサラにするお薬 ・ その他 () お薬の名前 () () ()			
★希望の曜日・時間帯 () 曜日 午前 ・ 午後 時くらい			
★ご要望等あれば何でもお書きください！			