

ふりがな	男・女	大正 昭和 平成 令和	年 月 日(歳)		
お名前					
ご住所 〒 —	<input type="checkbox"/> 自宅 () <input type="checkbox"/> 携帯 ()				

どうされましたか？	<input type="checkbox"/> 虫歯の治療 <input type="checkbox"/> 詰め物がとれた <input type="checkbox"/> 健診をしたい <input type="checkbox"/> 歯周病の治療をしたい <input type="checkbox"/> 入れ歯の治療 <input type="checkbox"/> 歯の清掃をしたい <input type="checkbox"/> 歯並びを直したい <input type="checkbox"/> 歯を白くしたい <input type="checkbox"/> その他()
具合の悪いところは？	<input type="checkbox"/> 歯 <input type="checkbox"/> 歯肉 <input type="checkbox"/> 入れ歯 <input type="checkbox"/> あご <input type="checkbox"/> 舌 <input type="checkbox"/> その他()
痛みはありますか？ <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	・いつ頃からですか？ ()日前 ()ヵ月前 その他() ・どのような痛みですか？ <input type="checkbox"/> しみる(冷たいもの・熱いもの) <input type="checkbox"/> ズキズキ痛む <input type="checkbox"/> 咬むと痛む <input type="checkbox"/> 時々痛む
最後の歯科受診はいつですか？	年 月頃 または、 年前
麻酔注射や歯を抜いた時に異常は？	<input type="checkbox"/> 麻酔や歯を抜いたことがない。 <input type="checkbox"/> 異常がなかった。 <input type="checkbox"/> あった。(症状:)
特異体質やアレルギーはありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 湿疹 <input type="checkbox"/> アトピー <input type="checkbox"/> 食物アレルギー <input type="checkbox"/> その他()
内科的病気はありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 心臓 <input type="checkbox"/> 肝臓 <input type="checkbox"/> 腎臓 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿 <input type="checkbox"/> その他()
現在通院中の病院は？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(病院名:)
現在飲んでる薬は？	(薬名) 副作用があった薬はありますか？(薬名)
喫煙していますか？	<input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 喫煙中 1日 本 年間
この機会に・・・	<input type="checkbox"/> 悪いところは全部治療したい。 <input type="checkbox"/> 痛いところだけ治療したい。 <input type="checkbox"/> 相談したい。
治療の方法について	<input type="checkbox"/> 保険の範囲で治療したい。 <input type="checkbox"/> 保険でそれ以外は説明してほしい。 <input type="checkbox"/> 保険・自費に関係なく最適な治療をしたい。
治療について	歯を白くするホワイトニングなど審美的治療に興味がありますか？ <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 説明を聞きたい。
妊娠又は可能性は？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(ヵ月)
当院を何で知りましたか？	<input type="checkbox"/> 診療所の看板 <input type="checkbox"/> 電話帳 <input type="checkbox"/> インターネット <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 知人の紹介(あれば)