

ふりがな		ご紹介者	
お名前		大. 昭. 平. 令 年 月 日 () 歳	
ご住所	〒 ー	電話番号	
		携帯電話	
		メールアドレス	
緊急連絡先またはご勤務先		電話番号	

どうなさいましたか？	<input type="checkbox"/> 虫歯を治したい <input type="checkbox"/> 歯ぐきから血が出る <input type="checkbox"/> 入れ歯が壊れた <input type="checkbox"/> 入れ歯を作りたい <input type="checkbox"/> かぶせ物がとれた	<input type="checkbox"/> 歯を白くしたい <input type="checkbox"/> 歯石を取りたい <input type="checkbox"/> 歯ぐきが腫れた <input type="checkbox"/> 歯並びが気になる <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 検診 <input type="checkbox"/> 顎が痛い <input type="checkbox"/> 口臭が気になる <input type="checkbox"/> 歯がぐらつく
お痛みはありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある いつから？ () ところが？ ()		
治療中に気分が悪くなった事がありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 血が止まりにくい <input type="checkbox"/> 熱が出た <input type="checkbox"/> その他		
今回の治療の希望を教えてください。	<input type="checkbox"/> 悪い所は全部治したい <input type="checkbox"/> 痛いところだけ治したい <input type="checkbox"/> 1回の治療時間を短くしたい <input type="checkbox"/> 1回の治療時間を長く短期間で		
お薬や食べ物のアレルギーはありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 薬 () <input type="checkbox"/> 食べ物 ()		
治療中の病気はありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (病名)		
お薬は飲んでいますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (薬名)		
喫煙の習慣はありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (1日 本)		
ご来院のきっかけは？	<input type="checkbox"/> 通勤、通学途中 <input type="checkbox"/> 自宅に近い <input type="checkbox"/> ホームページを見て <input type="checkbox"/> 看板 <input type="checkbox"/> チラシを見て <input type="checkbox"/> お知り合いの紹介 () <input type="checkbox"/> その他 ()		
女性の方のみ 妊娠中ですか？ 授乳中ですか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (週目) <input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい		
当院では唾液検査を行っており、患者様のお口の環境に合わせたオーダーメイドのセルフケア方法をご提案します。ご興味ありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
その他ご希望などございましたらご記入ください。			