



フリガナ				男・女	生年月日	大正 昭和 平成	年	月	日生(才)	
お名前										
ご住所	〒 - アパート名・何号室までご記入下さい					TEL ( ) -				
						携帯 ( ) -				
	e-mail									
勤務先名 (緊急連絡先)	TEL ( ) -					紹介者名				

該当する□部にチェックして下さい(複数回答可)、その他の( )内はできるだけ詳しく記入して下さい。

どうなさいましたか？	<input type="checkbox"/> 検診	<input type="checkbox"/> 虫歯、歯ぐきの検査	<input type="checkbox"/> お掃除(歯石、着色、ヤニ)
	<input type="checkbox"/> 虫歯	<input type="checkbox"/> 穴が空いている <input type="checkbox"/> 噛むと痛い <input type="checkbox"/> 何もしなくても痛い <input type="checkbox"/> 冷たいものがしみる <input type="checkbox"/> 熱いものがしみる <input type="checkbox"/> つめもの、かぶせものがとれた <input type="checkbox"/> その他( )	
	<input type="checkbox"/> 歯ぐき	<input type="checkbox"/> 痛い <input type="checkbox"/> 腫れた <input type="checkbox"/> 血がでる <input type="checkbox"/> 口臭が気になる <input type="checkbox"/> その他( )	
	<input type="checkbox"/> 入れ歯	<input type="checkbox"/> 痛い <input type="checkbox"/> 合わない <input type="checkbox"/> こわれた <input type="checkbox"/> 新しく作りたい <input type="checkbox"/> その他( )	
	<input type="checkbox"/> マタニティ	<input type="checkbox"/> 妊産婦検診 <input type="checkbox"/> 歯、歯ぐきの治療 <input type="checkbox"/> その他( )	
	<input type="checkbox"/> 審美	<input type="checkbox"/> 歯を白くしたい(ホワイトニング) <input type="checkbox"/> 歯並びを直したい(矯正) <input type="checkbox"/> 金属を白くしたい(セラミックス) <input type="checkbox"/> その他( )	
	<input type="checkbox"/> その他( )		
今までに歯科治療や麻酔、 抜歯などで何か異常は？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(いつ?どのような?)		
現在のんでいるお薬は？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 血圧の薬 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症の薬 <input type="checkbox"/> 糖尿病の薬 <input type="checkbox"/> その他( )		
現在の健康状態は？	<input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> 悪い( ) <input type="checkbox"/> 妊娠中(ヶ月) <input type="checkbox"/> 授乳中(回/一日) <input type="checkbox"/> 妊娠の可能性あり		
アレルギーは？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 薬( ) <input type="checkbox"/> 食べ物( ) <input type="checkbox"/> 花粉( ) <input type="checkbox"/> その他( )		
これまでにかかった 主な病気は？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 低血圧 <input type="checkbox"/> 肝炎(B、C) <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 血液 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> ちくのう <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> その他( )		
かかりつけの医院は？	医院名( ) 医師名( )		
治療について	<input type="checkbox"/> 悪いところは全部治したい <input type="checkbox"/> 調子が悪いところのみ治したい <input type="checkbox"/> 治療方法、回数などの説明を聞きたい(カウンセリング) <input type="checkbox"/> 自費診療を取り入れたい		
通院に際しご希望は？	<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 午前(時) <input type="checkbox"/> 午後(時)		
定期検診は？	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 3ヶ月 <input type="checkbox"/> 6ヶ月 <input type="checkbox"/> 1年 <input type="checkbox"/> 希望しない		
当院をどのように お知りになりましたか？	<input type="checkbox"/> ご友人・ご家族からの紹介(お名前 様) <input type="checkbox"/> ご近所 <input type="checkbox"/> 通りがかり <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> その他( )		
他にご希望、ご心配なこと 等あればご記入下さい。			

ありがとうございました。