

診療申込書

(フリガナ)		男	生年月日 (満 歳)
お名前		女	明・大・昭・平 年 月 日
ご住所	〒	お電話番号 () 携帯番号 (緊急連絡先として) ()	
ご勤務先 (学校名)		E-mail	

どうなさいましたか	<input type="checkbox"/> 歯が痛い (しみる、ズキズキいたい、かむと痛い、はれた、その他) <input type="checkbox"/> 口臭がある <input type="checkbox"/> 歯ぐきから血が出る <input type="checkbox"/> 口の中にできものがある <input type="checkbox"/> 入れ歯が合わない/入れ歯を入れたい <input type="checkbox"/> 顔がはれている <input type="checkbox"/> 歯石を取りたい <input type="checkbox"/> 検診をしてほしい <input type="checkbox"/> その他 ()
当院をお知りになった理由は	<input type="checkbox"/> 知人・家族からの紹介 (ご紹介者名:) <input type="checkbox"/> 建物を見て <input type="checkbox"/> 近いから <input type="checkbox"/> タウンページを見て <input type="checkbox"/> ホームページを見て <input type="checkbox"/> ポケットティッシュを見て <input type="checkbox"/> 以前かかっていた <input type="checkbox"/> その他 ()
前回歯科治療を受けられたのは?	<input type="checkbox"/> 当院で (年 月前) <input type="checkbox"/> 他院で (年 月前)
その時の感想は?	<input type="checkbox"/> 痛かった <input type="checkbox"/> 痛くなかった <input type="checkbox"/> 怖かった <input type="checkbox"/> 優しかった <input type="checkbox"/> 通院が大変 <input type="checkbox"/> 便利だった <input type="checkbox"/> 説明してくれなかった <input type="checkbox"/> よく理解できた <input type="checkbox"/> その他 ()
予約についてのご希望があれば	・来院できる時間帯 <input type="checkbox"/> 午前 時頃 <input type="checkbox"/> 午後 時頃 ・来院できる曜日 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土
現在の健康状態は	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 不良 ※女性の方のみ <input type="checkbox"/> 妊娠中 (ヶ月)
今までにかかった病気は	<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 低血圧 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> 肝炎 <input type="checkbox"/> その他 ()
次のようなことがありますか	<input type="checkbox"/> 傷が化膿しやすい <input type="checkbox"/> ジンマシンがやすい <input type="checkbox"/> 湿疹が出やすい <input type="checkbox"/> 口内炎にかかりやすい <input type="checkbox"/> 薬過敏 (薬品名:) <input type="checkbox"/> 下痢しやすい <input type="checkbox"/> 喘息がある <input type="checkbox"/> 風邪を引きやすい <input type="checkbox"/> 血が止まりにくい <input type="checkbox"/> 薬を飲むと胃が悪くなる <input type="checkbox"/> 花粉症である <input type="checkbox"/> その他 ()
現在飲んでいる薬はありますか	<input type="checkbox"/> 飲んでいない <input type="checkbox"/> ビタミン剤 <input type="checkbox"/> ホルモン剤 <input type="checkbox"/> 血圧の薬 <input type="checkbox"/> 糖尿病の薬 <input type="checkbox"/> その他 ()
以前に歯を抜いたことがありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ⇒その時異常はありましたか? <input type="checkbox"/> 気分が悪くなった <input type="checkbox"/> 血が止まりにくかった <input type="checkbox"/> その他 ()
血圧の状態は	<input type="checkbox"/> 高い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 低い 最高: 最低:

その他、気になることやご希望がございましたら、ご記入下さい

裏に続きます

スマイルチェックシート

1. あなたはご自分の歯の本数をご存知ですか？

はい いいえ

現在の歯の本数は_____本だと思う

2. あなたは80歳のときに、何本歯を残したいですか？

私は80歳の時に_____本歯を残したい

3. あなたはご自分の歯を残すために、定期的に歯のクリーニングを受けたいと思われませんか？

はい いいえ

その理由は？_____

4. あなたはご自分の口もとが気になりますか？

はい いいえ

5. 口もとが気になり始めたきっかけは何ですか？

写真を見て 人に言われて

鏡を見て 雑誌を読んで

6. いつ頃から気になりはじめましたか？

数ヶ月前から 2~3年前から 子供の頃から

7. あなたは次のどのことが気になりますか？

(クリーン)

口臭 ヤニ 歯の汚れ 歯石

歯茎が赤い はれている 時々出血する

(ビューティー)

歯の色 歯の形 歯のすき間

歯並び

かぶせたものの色 かぶせたものの形

歯ぐきの色 歯ぐきの形

8. ホワイトニング（歯を白くする）に興味がありますか？

ある わからないので説明して欲しい ない

9. インプラントに興味がありますか？

ある わからないので説明して欲しい ない

10. 矯正に興味がありますか？

ある わからないので説明して欲しい ない