

診 療 申 込 書

(フリガナ)		男	生年月日 (歳)
お名前		女	昭・平・令 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 (咬むと痛い ・ 何もしてなくても痛い) <input type="checkbox"/> しみる <input type="checkbox"/> つめものが取れた <input type="checkbox"/> 歯ぐきから出血する <input type="checkbox"/> 入れ歯が合わない/入れ歯を作りたい <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"/> 雑誌等を見て <input type="checkbox"/> ホームページを見て <input type="checkbox"/> その他 ()
最終歯科通院歴は (他院を含む)	<input type="checkbox"/> () ヶ月前 ・ () 年前 <input type="checkbox"/> 覚えていない <input type="checkbox"/> 歯科にかかるのは初めて
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 <input type="checkbox"/> 授乳中
今までにかかった病気は	<input type="checkbox"/> 特にない <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 ()
現在飲んでいる薬はありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (薬名) ※お持ちの方はお薬手帳のご提示をお願い致します
薬・食品等アレルギーはありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ()
以前に歯を抜いたことがありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ⇒その時異常はありましたか？ <input type="checkbox"/> 異常なし <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、心配なこと、ご希望などがありましたらご記入ください

スマイル・チェックシート

1. 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. 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. 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. 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. 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
腫れている 歯ぐきが赤い 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
歯ぐきの色 かぶせ物の色 かぶせ物の形
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. 矯正治療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