

ふりがな			性別	男・女	生年月日	歯 年 月 日 (歳)
お名前						
ご住所	〒				ご自宅	- -
					携帯電話	- -

患者様のご職業やライフスタイルにあった治療計画の立案、ご予約の提案を致します。

ご職業の内容や勤務時間、休日についても教えてください。

ご職業		勤務時間		休日	
-----	--	------	--	----	--

中・高・大学名		学年	年生
---------	--	----	----

★ご予約日の前日にショートメール(SMS)を送らせていただきます。

当院を知ったきっかけ	当院に知人やご家族の方が通っている <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ →「はい」の方 (お名前 様) <input type="checkbox"/> 建物をみて <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> インスタ <input type="checkbox"/> 家・職場の近くだから
本日はどうなさいましたか (複数回答可)	<input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> 歯がしみる <input type="checkbox"/> 詰め物がとれた <input type="checkbox"/> 歯ぐきが痛い <input type="checkbox"/> 入れ歯が合わない/痛い <input type="checkbox"/> 歯を白くしたい <input type="checkbox"/> 歯並びが気になる <input type="checkbox"/> 定期検診を希望 <input type="checkbox"/> 歯石取り <input type="checkbox"/> その他 ()
病気やアレルギーは ありますか	<input type="checkbox"/> 肝炎 (A/B/C) <input type="checkbox"/> ペースメーカーの使用 <input type="checkbox"/> 高血圧 (血圧値: /) <input type="checkbox"/> 糖尿病 (HbA1c値:) <input type="checkbox"/> アレルギー () <input type="checkbox"/> その他 ()
現在、病院に通院していますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (病院名)
薬を飲んでいますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (薬の名前)
喫煙について	<input type="checkbox"/> 喫煙している (本/日、 年間継続) <input type="checkbox"/> 喫煙した事がない <input type="checkbox"/> 過去に (年間) 喫煙していて (年前) から禁煙
妊娠していますか (女性の方)	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 可能性がある <input type="checkbox"/> はい (週) 出産予定 (月) <input type="checkbox"/> つわりがある <input type="checkbox"/> 授乳中
いつぶりの歯科ですか	いつ (年 月以来) 最後の治療内容 ()
お顔に付けるタオルについて	<input type="checkbox"/> かけて欲しい <input type="checkbox"/> かけないで欲しい
診療についての 希望を教えてください (複数回答可)	<input type="checkbox"/> 安全で身体に優しい材料を使った治療を受けたい <input type="checkbox"/> 材料と様々な治療方針ごとの説明をしてほしい <input type="checkbox"/> 費用はかかっても、理想的に治したい
その他、伝えたいこと、ご希望などがございましたら、ご記入ください。	