

ふりがな	男・女 <input type="checkbox"/> をつけてください
お名前	明・大・昭・平 年 月 日生 才
ご住所〒	☎ ( ) 自宅・仕事先
	☎ 携帯
メールアドレス	(パソコン・携帯)

どうなさいましたか	<input type="checkbox"/> ムシ歯の治療をしたい <input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> とれた <input type="checkbox"/> 歯茎がはれて痛い <input type="checkbox"/> 入れ歯の具合が悪い(壊れた、痛い) <input type="checkbox"/> 新義歯を入れたい <input type="checkbox"/> 顎が痛い・鳴る <input type="checkbox"/> 噛み合わせ <input type="checkbox"/> 検査をしてほしい <input type="checkbox"/> しみる <input type="checkbox"/> 歯並びをなおしたい <input type="checkbox"/> ホワイトニングをしたい <input type="checkbox"/> インプラントの相談 <input type="checkbox"/> 歯の清掃をしてほしい <input type="checkbox"/> その他(セカンドオペニオン等 )
それはどこですか	右上奥歯   上前歯   左上奥歯 1・歯 2・歯肉 3・頬 4・舌 右下奥歯   下前歯   左下奥歯 5・唇 6・顎 7・その他( )
いつごろからですか	<input type="checkbox"/> 今日初めて <input type="checkbox"/> 昨日から <input type="checkbox"/> 日前から <input type="checkbox"/> ずっと前から <input type="checkbox"/> 時々
痛みはありますか	<input type="checkbox"/> 痛みなし <input type="checkbox"/> 今は痛くない <input type="checkbox"/> 少し痛い <input type="checkbox"/> ひどく痛い <input type="checkbox"/> 薬を飲んだ(・バツファリン・ナロンエース・イブ・他薬名 )
痛み方は	<input type="checkbox"/> ズキズキ痛い <input type="checkbox"/> チクンと痛い <input type="checkbox"/> 歯をあわせると痛い <input type="checkbox"/> 痛んだり止んだり <input type="checkbox"/> どこかわからないような痛み <input type="checkbox"/> その他( )
希望の治療範囲は	<input type="checkbox"/> 悪いところ含めて全般的に <input type="checkbox"/> 具合の悪いところだけ
歯を抜いた事がありますか (乳歯以外)	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (最近抜いたのは 年 ヶ月前)
そのとき何か異常はありましたか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (・血が止まらない ・気持ちが悪くなった その他「 )
注射して異常はありましたか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ・気持ちが悪くなった ・動悸がした その他( )
現在薬を服用していますか	<input type="checkbox"/> 服用していない <input type="checkbox"/> 服用してる 薬品名( )
特別な事はありませんか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 妊娠 ヶ月 出産予定日 年 月 日 <input type="checkbox"/> 出産後 ヶ月 <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> その他( )
アレルギー(特異体質)は	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(
内科的な病気はありませんか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある◇心臓 ◇腎臓 ◇肝臓 ◇高血圧 ◇低血圧 ◇糖尿胃腸 ◇リュウマチ ◇血液疾患 ◇不整脈 ◇その他( )
入院したことは	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(病名 医院名 )
こちらの医院には	<input type="checkbox"/> 初めて <input type="checkbox"/> 前に来た事がある(約 年前)
歯の治療歴は	歯科医院にかかったのはいつ頃ですか(約 年 ヶ月頃前)
当院をどこで知りましたか	<input type="checkbox"/> 通りがかり <input type="checkbox"/> 看板をみて <input type="checkbox"/> 近から <input type="checkbox"/> ホームページをみて <input type="checkbox"/> チラシ <input type="checkbox"/> タウンページ <input type="checkbox"/> 病院・薬局からのご紹介( 薬局・病院) <input type="checkbox"/> 家族、知人からのご紹介者( 様)
予約の曜日、時間の希望はありますか	<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 (午前 午後 時頃)

◎歯の治療についてのご希望や歯科医に伝えたい事などがありましたらお書きください

ご記入いただきましてありがとうございました。患者さまの個人情報におきましては当院の資料以外使用致しません。