

ふりがな				性別
お名前				男・女
生年月日	西暦	年 月 日 () 歳	通院手段/通院所要時間	
ご住所	〒	—	徒歩・車・バス・電車 () 分位	
TEL	()	携帯	()	
FAX	()	メール	@	
<p>●当クリニックからの検診のお知らせをお送りしてもよろしいですか (はい いいえ)</p> <p>●お知らせの送信方法はどちらをご希望されますか (はがき Eメール 電話 FAX)</p>				
ご職業			勤務先	
<p>●当院をお知りになったきっかけは何でしょうか?</p> <p>Yahoo 検索・Google 検索・地図検索：検索ワード()</p> <p>Youtube・Instagram・バナー広告・検索窓・LINE 広告・ホットペッパービューティー 紹介 (ご紹介者お名前：) 看板・建物を見て ホームページ その他 ()</p>				
<p>●本日ご来院された理由を教えてください</p> <p><input type="checkbox"/> インプラントにしたい <input type="checkbox"/> 歯並びを治したい <input type="checkbox"/> セカンドオピニオン希望 <input type="checkbox"/> 咬み合わせの相談</p> <p><input type="checkbox"/> ホワイトニング <input type="checkbox"/> ほろい線が気になる <input type="checkbox"/> 高濃度ビタミン点滴療法に興味がある <input type="checkbox"/> メインテナンス</p> <p><input type="checkbox"/> 小顔になりたい <input type="checkbox"/> 唇にボリュームを持たせたい <input type="checkbox"/> マウスピースの相談</p> <p><input type="checkbox"/> そのほか ()</p>				
<p>●今までの歯科治療について</p> <p>①最後に治療したのはいつ頃ですか? 年 月頃 ③麻酔注射の経験はありますか? <input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい</p> <p>②抜歯の経験はありますか? <input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい ④治療中に気分が悪くなったことがありますか? <input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい</p>				
<p>●過去に大きな病気をされたことがありますか? ありましたらできるだけ詳しくお書きください</p> <p><input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい→①肝炎 A型、B型、C型、その他 () ②心臓病③糖尿病④肝臓病⑤高血圧症 ⑥ぜん息 ⑦てんかん ⑧脳卒中 ⑨エイズ ⑩性感染症 ⑪梅毒 ⑫その他 ()</p> <p>「はい」と答えた方は、その時の経過を教えてください</p>				
<p>●現在、内科等、他科の医院に通っていますか? ありましたら、できるだけ詳しくお書きください</p> <p><input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい→ () 病院 () 科 () 先生 ●TEL ()</p>				
<p>●現在 (または最近まで) 服用している薬がありますか? ありましたら、できるだけ詳しくお書きください</p> <p><input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい→薬剤名 () いつから () <input type="checkbox"/>手帳持参あり</p>				
<p>●特異体質、アレルギーがありますか? ありましたら、できるだけ詳しくお書きください</p> <p><input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい→①薬 () ②食べ物 () ③その他 ()</p>				
<p>●現在、妊娠していればご記入ください</p> <p><input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい→ () ヶ月) 出産予定日 年 日ごろ ※治療期間中に妊娠された方はお知らせください</p>				
<p>●喫煙はしますか?</p> <p><input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい→ (<input type="checkbox"/>紙タバコ <input type="checkbox"/>電子タバコ→ 1日 本)</p>				
<p>●診療についてのご希望 (よい材料で治したい、治療時間や期間、通院しやすい曜日など、ご希望や、治療に関するご質問) がございましたら何でもご記入ください</p>				

●数ある歯科医院の中で当院をお選びになった理由をお聞かせください

ホームページのどこがよかったか

紹介者（

）様にどう紹介されたか

●今まで通院されていた医院での不満、また決してして欲しくないことなどはありますか？

●あなたのお口の状態がどのようになるのが理想的ですか？

●治療を行うにあたり「これだけは伝えておきたい」といったことがありましたら、教えてください

●備考、メモ