

フリガナ

氏名 \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / ( \_\_\_\_\_ 歳) 性別 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_ メールアドレス \_\_\_\_\_

<p><b>01 本日はどうされましたか？</b></p>	<p><b>04 次の病気にかかったことはありますか？</b></p>
<p><input type="checkbox"/> 歯が痛い・しみる    <input type="checkbox"/> クリーニング  <input type="checkbox"/> 歯茎が気になる    <input type="checkbox"/> 検診をしてほしい  <input type="checkbox"/> 歯周病が気になる    <input type="checkbox"/> 矯正・インビザライン  <input type="checkbox"/> つめものがとれた    <input type="checkbox"/> ホワイトニング  <input type="checkbox"/> 親知らずを抜きたい    <input type="checkbox"/> インプラント  <input type="checkbox"/> 入れ歯の相談    <input type="checkbox"/> フッ素塗布  <input type="checkbox"/> セカンドオピニオン    <input type="checkbox"/> 口臭が気になる  <input type="checkbox"/> 歯科ドック（唾液検査・口臭検査など）  <input type="checkbox"/> とにかく歯をキレイにしたい  <input type="checkbox"/> その他：</p>	<p><input type="checkbox"/> 喘息    <input type="checkbox"/> 高血圧  <input type="checkbox"/> 脳血管疾患    <input type="checkbox"/> 心臓疾患  <input type="checkbox"/> 糖尿病    <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症  <input type="checkbox"/> ちく膿症    <input type="checkbox"/> 血液疾患  <input type="checkbox"/> 肝臓病    <input type="checkbox"/> 貧血  <input type="checkbox"/> 感染症（B型肝炎・C型肝炎・AIDS・その他）  <input type="checkbox"/> その他：    <input type="checkbox"/> なし</p> <p>ペースメーカーを使用していますか？</p> <p><input type="checkbox"/> はい    <input type="checkbox"/> いいえ</p>
<p><b>02 当院をどのようにお知りになりましたか？</b></p>	<p><b>05 お薬とアレルギーについて</b></p>
<p><input type="checkbox"/> 自宅が近い    <input type="checkbox"/> 内覧会  <input type="checkbox"/> 会社が近い    <input type="checkbox"/> 北仲マルシェ  <input type="checkbox"/> 通りかかって    <input type="checkbox"/> チラシを見て  <input type="checkbox"/> 口コミ    <input type="checkbox"/> Instagram  <input type="checkbox"/> 医院のHPを見て    <input type="checkbox"/> ご紹介( 様 )  <input type="checkbox"/> 駅看板を見て  <input type="checkbox"/> Google検索(検索ワード: )  <input type="checkbox"/> その他：</p>	<p>服用中のお薬はありますか？  <input type="checkbox"/> ない    <input type="checkbox"/> ある ( )</p> <p>アレルギーはありますか？</p> <p><input type="checkbox"/> ない  <input type="checkbox"/> ある</p> <p>薬剤（ペニシリン系・セフェム系・ロキソニン・その他： ）  消毒液（ヨード系・その他： ）  ラテックス・花粉・食品（ ）  その他（ ）</p>
<p><b>03 当院を選ばれた理由をお聞かせください</b></p>	<p><b>06 ご希望の項目にチェックを入れてください</b></p>
<p><input type="checkbox"/> 立地・利便性が良い  <input type="checkbox"/> 土日祝も診療している  <input type="checkbox"/> キッズルームがある・保育士が常駐している  <input type="checkbox"/> 女性の歯科医師が在籍している  <input type="checkbox"/> 専門性の高い歯科医師が在籍している  <input type="checkbox"/> 最短治療ができる  <input type="checkbox"/> プライバシーに配慮した設計  <input type="checkbox"/> その他：</p>	<p><input type="checkbox"/> ホワイトニング    <input type="checkbox"/> 高機能義歯（入れ歯）  <input type="checkbox"/> セラミック治療    <input type="checkbox"/> インプラント  <input type="checkbox"/> 歯周病治療・歯周内科    <input type="checkbox"/> ボトックス療法  <input type="checkbox"/> マウスピース矯正    <input type="checkbox"/> 精密根管治療  <input type="checkbox"/> 矯正・小児矯正    <input type="checkbox"/> 鎮静療法  <input type="checkbox"/> 高濃度ビタミンC点滴療法    <input type="checkbox"/> 検査（唾液・矯正）  <input type="checkbox"/> 治療だけでなくクリーニングも希望  <input type="checkbox"/> 受付を通らない個室での診療を希望</p>

07 短期集中治療をご希望ですか？

希望する  希望しない

上記が自費診療（保険外治療）でも

希望する  希望しない

ワンデートリートメントについて

※通常、2週間程度かかるかぶせもの治療（1～2歯）を当日に完結させる治療です

希望する  希望しない

※完全予約制になります

※自費診療・保険診療可（追加料金を頂戴しております）

08 歯を抜く治療が必要な場合について

歯を抜く治療は、保険適用でも1日で数本抜くことが可能ですが、自費の場合、麻酔の種類を含め様々な選択肢がございます。

説明を希望されますか？

希望する  希望しない

女性の方にお伺いします。現在妊娠されていますか？

いいえ  
 はい（現在何か月ですか？）  
 授乳中ですか？（はい・いいえ）

事前に伝えておきたいことや、ご要望がございましたらご記載ください

（例：痛いのが苦手なのでなるべく麻酔を使ってほしい）※特になければご記載いただかなくて構いません