



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 _____

01 本日はどうされましたか？ <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：	04 次の病気にかかったことはありますか？ <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 ペースメーカーを使用していますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
02 当院をどのようにお知りになりましたか？ <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：	05 お薬とアレルギーについて 服用中のお薬はありますか？ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (_____) アレルギーはありますか？ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある 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 (_____)
03 当院を選ばれた理由をお聞かせください <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：	06 ご希望の項目にチェックを入れてください <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



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