

★枠内をご記入下さい

★□にはチェックを入れて下さい

フリガナ			男	生年月日	大・昭・平		年 (西暦)	年
お名前			女			月	日 (満)	歳)
ご住所	〒 -				お電話番号 ()			
ご勤務先 (学校名)					携帯番号 ()			
ご職業 (学年)			E-mail	(登録されますと、予約お知らせメールが届きます)				
今一番気にされているのは?	<input type="checkbox"/> 歯が痛い(しみる・ズキズキ痛い・かむと痛い・その他) <input type="checkbox"/> 歯ぐきが痛い <input type="checkbox"/> 歯ぐきが腫れている <input type="checkbox"/> 歯ぐきから出血する <input type="checkbox"/> 口臭がある <input type="checkbox"/> 歯石をとりたい <input type="checkbox"/> 検診をしてほしい <input type="checkbox"/> 入れ歯が合わない/入れ歯を作りたい <input type="checkbox"/> 詰め物が外れた <input type="checkbox"/> 歯の色が気になる <input type="checkbox"/> 歯ぐきの色が気になる <input type="checkbox"/> 歯並びが気になる <input type="checkbox"/> その他() ⇒ それはどのあたりですか? () ⇒ それはいつからですか? () ⇒ 何が原因かと思われますか? ()							
当院をお知りになった理由は?	<input type="checkbox"/> 知人・家族からの紹介 (ご紹介者名: _____) <input type="checkbox"/> 看板を見て <input type="checkbox"/> 建物を見て <input type="checkbox"/> 近いから <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> ホームページを見て ⇒ 検索サイト(Yahoo! / google / その他) ⇒ 検索キーワード() ⇒ ホームページで改善点があれば教えてください() ※ 当院にどんなことを期待されますか? ()							
他院で歯科治療を受けられたのはいつ? その時の感想は?	(_____ 年 _____ ヶ月前) <input type="checkbox"/> 痛かった <input type="checkbox"/> 痛くなかった <input type="checkbox"/> 怖かった <input type="checkbox"/> 優しかった <input type="checkbox"/> 通院が大変だった <input type="checkbox"/> 便利だった <input type="checkbox"/> 説明してくれなかった <input type="checkbox"/> よく理解できた <input type="checkbox"/> その他()							
診療を受ける上で気になる順に番号をつけて下さい。(出来る限り配慮いたします)	・通院回数() ・1回の治療時間() ・歯の健康() ・治療説明() ・費用() ・待ち時間() ・痛み() ・恐怖感() ・清潔感()							
他に相談したいこと・伝えたいことやご希望はありますか?	<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> ある → <input style="width: 500px; height: 30px;" type="text"/>							

★裏面もご記入下さい★

予約についてのご希望があればご記入下さい	・来院できる曜日 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 ・来院できる時間帯 <input type="checkbox"/> 午前 時頃 <input type="checkbox"/> 午後 時頃 ・ <u> </u> 月 <u> </u> 日までに治療を終えてほしい(ご希望に添えるとは限りません) (理由:)
現在の健康状態は？	※女性の方のみ <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> 妊娠中(第 子 ヶ月・予定日 /)
次のようなことがありますか？	<input type="checkbox"/> 傷が化膿しやすい <input type="checkbox"/> 血が止まりにくい <input type="checkbox"/> 湿疹が出やすい <input type="checkbox"/> 花粉症である <input type="checkbox"/> 口内炎になりやすい <input type="checkbox"/> 下痢しやすい <input type="checkbox"/> 便秘がちである <input type="checkbox"/> 喘息がある <input type="checkbox"/> 風邪をひきやすい <input type="checkbox"/> 薬を飲むと胃が荒れる <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> アレルギー()
今までにかかった病気は？	<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 低血圧 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 結核(完治・治療中) <input type="checkbox"/> 肝炎(A型・B型・C型) <input type="checkbox"/> その他()
現在飲んでいる薬はありますか？	<input type="checkbox"/> 飲んでいない <input type="checkbox"/> 血圧の薬 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> ビタミン剤 <input type="checkbox"/> ホルモン剤 <input type="checkbox"/> 骨粗しょう症の薬 <input type="checkbox"/> その他()

ご同居されているご家族構成をご記入下さい。

(ご本人から見て)

祖父	祖母	父	母	夫	妻	
息子	娘	兄	弟	姉	妹	孫

↓これより下は成人の方のみご記入下さい。

血圧の状態は？	最高: mmHg 最低: mmHg
歯周病についてご存知ですか？	<input type="checkbox"/> 全く知らない <input type="checkbox"/> あまり知らない <input type="checkbox"/> 少し知っている <input type="checkbox"/> よく知っている ⇒どんな病気だと思いですか？ ()
歯のクリーニングや歯石除去を受けたことがありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある
ご興味のある項目がありますか？	<input type="checkbox"/> 矯正 <input type="checkbox"/> ホワイトニング <input type="checkbox"/> デンタルエステ <input type="checkbox"/> かぶせ物のやりかえ(見た目) <input type="checkbox"/> 歯周病の短期集中治療 <input type="checkbox"/> プラセンタ(お口のアンチエイジング) <input type="checkbox"/> ボトックス <input type="checkbox"/> プロバイオティクス(口内菌の改善)

ご記入ありがとうございました。

よした歯科では、ご記入いただいた内容に基づいてカウンセリングをしております。