

診 療 申 込

もみの木歯科

(フリガナ)		男	生年月日 (満 歳)
お名前		女	明・大・昭・平 年 月 日
ご住所	〒	携帯番号 () お電話番号 (ご自宅・その他) ()	
ご職業 (ご学年)	事前お知らせ予約ショートメールサービスをご希望の方は携帯番号を必ずご記入ください※ご希望されない方は【希望しない】に○をお付け下さい。		

どうなさいましたか	<input type="checkbox"/> 歯が痛い (しみる、ズキズキいたい、かむと痛い、はれた) <input type="checkbox"/> 口臭がある <input type="checkbox"/> 歯ぐきから血が出る <input type="checkbox"/> 口内にできものがある <input type="checkbox"/> 詰物かぶせが取れた <input type="checkbox"/> 入れ歯が合わない / 入れ歯を入れたい <input type="checkbox"/> 顔がはれている <input type="checkbox"/> 歯石を取りたい <input type="checkbox"/> 検診をしてほしい <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> ホワイトニングに興味がある <input type="checkbox"/> インプラントを考えている		
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 (ご紹介者様:) <input type="checkbox"/> 近いから <input type="checkbox"/> 建物を見て <input type="checkbox"/> 建看板広告を見て <input type="checkbox"/> タウンページを見て <input type="checkbox"/> ホームページを見て (パソコン・スマートフォン 該当するものに○) …検索ワード「 」 <input type="checkbox"/> その他 ()		
前回の歯科通院は?	<input type="checkbox"/> 他院で (年 月前) (治療完治・定期検診・治療途中)		
その時の感想は?	<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 <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 ()		
診療についてご希望があれば	<input type="checkbox"/> 月 日までに治療を終えてほしい <input type="checkbox"/> 一度にたくさん治療し、来院回数を少なくしてほしい <input type="checkbox"/> 来院の回数は増えても、一度の治療は少しずつにしてほしい <input type="checkbox"/> 極端に“こわがり”なので、注意してほしい <input type="checkbox"/> 痛いところ、困っているところだけを治してほしい <input type="checkbox"/> 痛いところ、困っているところだけでなく、お口の中全体を治してほしい <input type="checkbox"/> 自分の歯についてのカウンセリング (相談) の時間を設けてほしい		
予約についてのご希望があれば	・来院できる時間帯 <input type="checkbox"/> 午前 時頃 <input type="checkbox"/> 午後 時頃 ・来院できる曜日 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日		
現在の健康状態は	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 不良	※女性のみ <input type="checkbox"/> 妊娠 (ヶ月) <input type="checkbox"/> 妊娠可能性 <input type="checkbox"/> 授乳中	
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 (上 ~ 下) <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> 肝炎 (型) <input type="checkbox"/> その他 ()		
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"/> ジンマシンがしやすい <input type="checkbox"/> 湿疹が出やすい <input type="checkbox"/> 口内炎にかかりやすい <input type="checkbox"/> 薬過敏 (薬品名:) <input type="checkbox"/> 下痢しやすい <input type="checkbox"/> 喘息がある <input type="checkbox"/> 風邪を引きやすい <input type="checkbox"/> 血が止まりにくい <input type="checkbox"/> 薬を飲むと胃が悪くなる <input type="checkbox"/> 花粉症である <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"/> ビタミン剤 <input type="checkbox"/> ホルモン剤 <input type="checkbox"/> 血圧の薬 <input type="checkbox"/> 糖尿病の薬 <input type="checkbox"/> その他 () お薬手帳のご提示をお願いします。		
以前に歯を抜いたことがありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ⇒ その時異常はありましたか? <input type="checkbox"/> 気分が悪くなった <input type="checkbox"/> 血が止まりにくかった <input type="checkbox"/> その他 ()		

その他、気になることやご希望がございましたら、ご記入下さい

裏に続きます

スマイル・チェックシート

※わかるところをチェック、またはご記入ください。

1. あなたはご自分の歯の本数をご存知ですか？

はい いいえ

現在の歯の本数は_____本だと思う

2. あなたは80歳のときに、何本歯を残したいですか？

私は80歳の時に_____本歯を残したい

3. あなたはご自分の歯を残すために、定期的に歯のクリーニングを受けたいと思われませんか？

はい いいえ

その理由は？_____

4. あなたはご自分の口もとが気になりますか？

はい いいえ

5. 口もとが気になり始めたきっかけは何ですか？

写真を見て 人に言われて

鏡を見て 雑誌を読んで

6. いつ頃から気になりはじめましたか？

数ヶ月前から 2～3年前から 子供の頃から

7. あなたは次のどのことが気になりますか？

(クリーン)

口臭 ヤニ 歯の汚れ 歯石

歯茎が赤い はれている 時々出血する

(ビューティー)

歯の色 歯の形 歯のすき間

歯並び

かぶせたものの色 かぶせたものの形

歯ぐきの色 歯ぐきの形

8. ホワイトニング（歯を白くする）に興味がありますか？

ある わからないので説明して欲しい ない