

フリガナ お名前	男・女 生年月日 年 月 日生
〒	電 話 (携帯) (自宅)
住 所	
職 業 勤務先	
(お知らせ等をお送りすることがございますのでご記入下さい)	
E-MAIL	
どうなさいましたか？	<input type="checkbox"/> 歯が痛い・しみる (上前・下前・右上・右下・左上・左下) <input type="checkbox"/> 歯ぐきがはれた <input type="checkbox"/> できものが口の中にできた <input type="checkbox"/> つめものが取れた <input type="checkbox"/> 入れ歯がこわれた <input type="checkbox"/> 歯石をとってほしい <input type="checkbox"/> 歯ならびをなおしたい <input type="checkbox"/> 歯の健康診断をしたい <input type="checkbox"/> インプラント・審美歯科治療をしたい <input type="checkbox"/> その他 ()
歯を抜いた後や治療をした後に異常はありませんでしたか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある 熱が出た・麻酔がききににくかった 血が止まりにくかった・貧血をおこした
現在のあなたの体調はいかがですか	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> すぐれない 悪寒や熱があるようだ・生理中 妊娠している 月
薬の副作用、アレルギー等特別な体質はありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (どんなものに)
次の病気にかかった事がありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある 心臓 () ・肝臓 () 腎臓 () ・糖尿病・高血圧・低血圧 その他 ()
治療内容、費用についてご希望がございましたらご記入下さい	<input type="checkbox"/> すべて保険の範囲でなおしたい <input type="checkbox"/> ①なるべく保険で、保険のきかない所は自費でなおしたい <input type="checkbox"/> ②費用がかかっても、審美的にきれいになおしたい ①②を選択された方、今後の治療計画や治療内容、金額など詳しい説明を希望されますか(予約制) <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 悪いところは全部なおしたい <input type="checkbox"/> 今回は希望するところだけ <input type="checkbox"/> その他 ()
ホワイトニング (歯を白くする)に興味がありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
<input type="checkbox"/> 臭測定を希望されますか (保険外治療 1,050円)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
当院をどのようにしてお知りになりましたか (○で囲んで下さい)	紹介 (様) インターネット 広告 雑誌 通りがかり 近所 その他 ()
時間のご希望がございましたか (○で囲んで下さい)	月 火 水 木 金 土 日 特になし 午前 午後 夜 (6時以降)

今後の治療にあたりご意見等がございましたらご記入下さい。