

記入年月日： 年 月 日

より良い治療を受けていただくために大切なことですので、できるだけ正確にご記入ください。

ふりがな	
患者さまのお名前 _____ (男・女)	
生年月日： 年 月 日 (歳 ヶ月)	
ご住所： 〒 _____	
ご連絡先： 自宅 _____ ()	
携帯 _____ ()	
<div style="border: 2px solid red; padding: 5px;">ご予約日をメール(SMS)でお届けします <input type="checkbox"/> 配信を希望します 携帯番号(_____ - _____) 受付記入欄 <input type="checkbox"/></div>	
当院をお知りになったのは？	<input type="checkbox"/> 家族が通院中(_____ 様) <input type="checkbox"/> 知人からの紹介(_____ 様) <input type="checkbox"/> ホームページ…検索ワード _____ <input type="checkbox"/> その他(_____)
ご家族で9歳以下の子供(お孫さん含む)	<input type="checkbox"/> _____ 人 (子どもさんの年齢 _____ 、 _____ 歳)
どうされましたか？	<input type="checkbox"/> 検診 <input type="checkbox"/> 虫歯 <input type="checkbox"/> 歯周病 <input type="checkbox"/> 歯並びが気になる <input type="checkbox"/> 集団検診で受診を勧められた <input type="checkbox"/> その他(_____)
現在、痛むところはありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ⇒ 今日から・昨夜から・(_____)日前から
歯科に行かれたことはありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> ある(医院名： _____) ※転院して来られた理由を教えてください。 <input type="checkbox"/> 今までの歯科で不満があった (<input type="checkbox"/> 怖がり <input type="checkbox"/> 治療に不満 <input type="checkbox"/> 説明不足) <input type="checkbox"/> その他(_____)
アレルギーはありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> ある ⇒ (_____)
今、飲んでいるお薬は？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> ある ⇒ (_____) ※ある方はお薬手帳をお出してください。
次の病気はありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある・あった ⇒ 心臓疾患・肝臓疾患・腎臓病・ぜんそく 鼻炎・てんかん・その他(_____)
入院や手術の経験はありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> ある ⇒ (_____)歳のとき(病名： _____)
現在、妊娠されていますか？	<input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> していない

ご記入ありがとうございました。

スマイル・チェックシートのご記入もお願いいたします。

スマイル・チェックシート

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

9. むし歯予防、体調管理に関わる食事指導を受けたいですか？

ある わからないので説明して欲しい ない