フリガナ	性別		生 年 月 日		年齢
お名前	男 女		大・昭・平 年 月 日		歳
現住所	〒 ー □茅ヶ崎市 市 区 町 村		電話： () 携帯： () 携帯番号を登録いただきますと、予約の前日に確認 ショートメールが届きます。ぜひご登録ください		
職業	公務員・会社員・自営業・アルバイト・パート・主婦・学生・無職・その他()				
家族構成	本人のみ・夫・妻・子供()人・父・母・祖父・祖母・兄弟()人・その他()				
当院を知った きっかけ	□知人からの紹介 ご紹介者()様 □医院を直接見て □インターネット □その他()				

日本における歯科治療の8割は「やり直しの治療」と言われています。悪くなった原因を改善せずに「痛みを取る」「削って詰める」という最低限の対症療法では、負の連鎖が繰り返され歯の状態は次第に悪化していきます。当院ではできる限り患者様のお身体の状態やご希望を事前に把握し、一人一人に合わせた最善の治療と予防歯科を提供する事を心がけています。そのためお手数ですが以下の問診票にお答えください。なお、個人情報につきましては当院にて厳密に管理いたします。

どうしましたか？ (複数回答可)	☐ 歯・歯茎が痛い【弱 1・2・3・4・5 強】←痛みのレベルに○をしてください ☐ 詰め物が取れた ☐ 検診して欲しい ☐ 銀歯が気になる ☐ その他 ☐ 歯のクリーニング ☐ 歯並びの相談 ☐ 歯周病 ☐ 歯の色が気になる ☐ 口臭が気になる ☐ よく噛めない ☐ ホワイトニング ☐ インプラント相談 ☐ 入れ歯が合わない
次の病気に かかったことは	ない ・ ある ☐ 心臓病 ☐ 高血圧(/) ☐ 肝臓 ☐ 腎臓 ☐ 胃腸 ☐ 糖尿病 ☐ 骨粗鬆症 ☐ 蓄膿症 ☐ 貧血 ☐ 喘息 ☐ 肝炎(A型・B型・C型)←○をしてください ☐ アレルギー() ☐ その他()
飲んでいるお薬は	ない ・ ある (※後ほど詳しくお聞きします)
歯の治療・麻酔・抜歯・薬で 具合を悪くしたことが	ない ・ ある ()
女性の方に	☐ 妊娠 月 ☐ 授乳中
治療前の検査と 治療範囲について	☐ 最低限(痛い所だけ・取れた所だけ)でよい ☐ 必要な検査をして、治療範囲を相談したい ☐ なるべく詳しく検査をして、悪い所は全部治したい
治療方法について	☐ 健康保険の範囲で治したい、他の治療方法の説明は必要ない ☐ 限られた費用の中でできる限りの方法で、必要に応じて自費診療等の説明をして欲しい ☐ 多少費用がかかっても、より良い治療方法を取って欲しい
治療に関して 優先度を3番目まで 数字で記入して下さい	() 回数が少ない・期間が短い () しっかりと説明してほしい () 費用が安い () 品質が良く長持ち () 見た目・審美性がよい () 強度が高い
予防歯科について	☐ 治療だけでよい 予防は必要ない ☐ 行いたい (複数選択可) → ☐ 歯磨き練習 ☐ セルフケア用品の処方 ☐ クリーニング ☐ フッ素塗布 ☐ 定期的なメンテナンス
治療に不安はありますか？	☐ 非常に不安である ☐ 少し不安がある ☐ あまり感じない どのようなことが不安ですか？ ☐ 麻酔等の注射 ☐ 費用 ☐ 歯を削る音 ☐ その他
歯ブラシ・歯磨剤は決まった ものをお使いですか？	☐ 決まっている 歯ブラシ： 歯磨剤： ☐ 決まっていない 補助器具：□歯間ブラシ □フロス □洗口剤 □フッ素
予約時間について	☐ いつでも可 ☐ 月 ☐ 火 ☐ 水 ☐ 金 ☐ 土 ☐ 午前 ☐ 午後 ()
ご要望はありますか？	