

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 □他医院からの紹介 □家族の紹介 □ご紹介者・紹介医院 () 様 □家が近いから □職場が近いから □インターネット 当院を選んだ理由 ()			

気になっていることに チェックを入れてください (複数回答可)	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 詰め物が取れた <input type="checkbox"/> 検診して欲しい <input type="checkbox"/> 銀歯が気になる <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 歯のクリーニング <input type="checkbox"/> 歯並びの相談 <input type="checkbox"/> 歯周病 <input type="checkbox"/> 歯の色が気になる <input type="checkbox"/> 口臭が気になる <input type="checkbox"/> よく噛めない <input type="checkbox"/> ホワイトニング <input type="checkbox"/> インプラント相談 <input type="checkbox"/> 入れ歯が合わない <input type="checkbox"/> 専門的な意見を聞きたい
次の病気に かかったことは	<input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 高血圧(/) <input type="checkbox"/> 肝臓 <input type="checkbox"/> 腎臓 <input type="checkbox"/> 胃腸 <input type="checkbox"/> 脳血管障害 <input type="checkbox"/> 糖尿病(HbA1c) <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> 蓄膿症 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> シェーグレン症候群 ない ・ ある <input type="checkbox"/> 肝炎(A型・B型・C型)←○をしてください <input type="checkbox"/> アレルギー() <input type="checkbox"/> その他() かかりつけ医院() 主治医()
飲んでいるお薬は	ない ・ ある (※後ほど詳しくお聞きします)
定期的に投与 されているお薬は	ない ・ ある ※ある場合、具体的なお薬、注射の名称を教えてください (骨粗鬆症のお薬の場合はいつから服用しているのかもご記入ください)
歯の治療・麻酔・抜歯・薬で 具合が悪くしたことが	ない ・ ある (麻酔が効かなかった/気分が悪くなった/血が止まらなかった) その他()
女性の方に	<input type="checkbox"/> 妊娠していない <input type="checkbox"/> 妊娠している(かもしれない) ヶ月(出産予定) 年 月
ご両親に関して 右記の既往歴がありますか？	<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 若年時(35歳以下)の歯牙損失 <input type="checkbox"/> 歯周病 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明
治療方法について ※複数選択可	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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ほしい <input type="checkbox"/> 多少費用がかかっても、より良い治療方法を取ってほしい <input type="checkbox"/> 期間がかかっても、全体的に治療してほしい
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
□の中の現状と将来の見込みを、わかりやすく教えてください ほしいですか？	<input type="checkbox"/> 非常にそう思う <input type="checkbox"/> そう思う <input type="checkbox"/> どちらともいえない <input type="checkbox"/> そう思わない <input type="checkbox"/> 全くそう思わない
治療に不安はありますか？	<input type="checkbox"/> 非常に不安である <input type="checkbox"/> 少し不安がある <input type="checkbox"/> あまり感じない どのようなことが不安ですか？ <input type="checkbox"/> 麻酔等の注射 <input type="checkbox"/> 費用 <input type="checkbox"/> 歯を削る音 <input type="checkbox"/> その他 ()

裏面もお答えください

※生活習慣について当てはまるものに☑を付けてください※
 (お口の中の状態を把握するために必要な項目となります。なるべく詳しく記入してください)

使用しているお口の清掃器具	<input type="checkbox"/> 歯ブラシ <input checked="" type="checkbox"/> 指巻きフロス  (____回/週) <input type="checkbox"/> 糸ようじ  (____回/週) <input checked="" type="checkbox"/> 歯間ブラシ  (____回/週) <input type="checkbox"/> 電動歯ブラシ <input type="checkbox"/> 舌ブラシ <input type="checkbox"/> その他
使用している歯磨き粉	商品名(_____)
歯磨き回数	1日____回 <input type="checkbox"/> 起床後すぐ <input type="checkbox"/> 食後(□朝・□昼・□夕) <input type="checkbox"/> 就寝前
フッ素について	現在使用していますか? <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい 「はい」と答えられた方、当てはまるものすべてにチェックを入れてください <input type="checkbox"/> イエテボリ法(フッ素入り歯磨き粉を使用し、うがいを軽くする方法) <input type="checkbox"/> 自宅でのフッ素うがい <input type="checkbox"/> 歯科医院でのフッ素塗布
歯周病の外科的治療を行ったことがありますか?	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある
くいしばり、歯ぎしりの自覚はありますか?	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある
歯科矯正の経験がありますか?	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある 「ある」と答えられた方、期間はいつからいつまでですか? (_____)歳~(_____)歳 リテーナーはお使いですか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
ナイトガード(マウスピース)の作成、使用はありますか?	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (現在使用中 ・ 今は使っていない 使っていた時期 _____)
ストレスの度合い	※お仕事、プライベートどちらでも 当てはまる所に○をつけてください ない _____ とてもある _____ 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
喫煙経験	※時期によって喫煙本数が違う場合は分けて書いてください <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある 喫煙本数(_____)歳~(_____)歳 1日(_____)本 喫煙本数(_____)歳~(_____)歳 1日(_____)本 現在喫煙していますか? <input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> している
飲酒習慣	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 週に1日 <input type="checkbox"/> 週に2-3日 <input type="checkbox"/> 毎日
飲食回数(間食も含む)	1日____回
食事に関して	※下記項目で当てはまるもの全てにチェックを入れてください <input type="checkbox"/> お口の乾きが気になる <input type="checkbox"/> お茶や汁物でむせることがある <input type="checkbox"/> 半年前と比べて硬いものが食べにくい <input type="checkbox"/> 現在入れ歯を使用している
睡眠に関して	睡眠時間 平均____時間くらい (_____ 時~ _____ 時) ※睡眠に関して下記の項目で当てはまるもの全てにチェックを入れてください <input type="checkbox"/> 大きないびきをかく、または指摘される <input type="checkbox"/> 日中の眠気・居眠りに困ることがある <input type="checkbox"/> 寝ている時に息が止まったり息を吸って起きることがある、または指摘される
予約時間について	<input type="checkbox"/> いつでも可 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 (_____)
ご要望はありますか?	