

フリガナ 氏名	生年月日 西暦 年 月 日 (歳)
住所 〒(-)	電話番号〈自宅〉 〈携帯〉
職業	携帯メールアドレス: <small>(予約確認メールが通知されます)</small>

当院に来られた理由は	<input type="checkbox"/> 知人の紹介(ご紹介者:) <input type="checkbox"/> ホームページを見て <input type="checkbox"/> 家族の紹介 <input type="checkbox"/> 看板を見て <input type="checkbox"/> 口コミを聞いて <input type="checkbox"/> ポスティングチラシを見て <input type="checkbox"/> 近い(自宅から or 職場から) <input type="checkbox"/> その他()						
交通手段は...	<input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 電車 <input type="checkbox"/> バイク <input type="checkbox"/> 車 <input type="checkbox"/> バス 所要時間 分						
どのような症状ですか	<input type="checkbox"/> むし歯の治療をしたい <input type="checkbox"/> 親知らずが痛い <input type="checkbox"/> 歯石がついている <input type="checkbox"/> 銀歯を白くしたい <input type="checkbox"/> 歯ぐきから血がでる <input type="checkbox"/> 歯並びが悪い <input type="checkbox"/> 前に治療したところが取れた・こわれた <input type="checkbox"/> インプラントに興味がある <input type="checkbox"/> 検診 <input type="checkbox"/> その他()						
歯医者はいつ以来ですか	か月ぶり 年ぶり						
どの部分が痛みますか	<table border="1" style="display: inline-table; margin-right: 20px;"> <tr><td>右 上</td><td>上 前</td><td>左 上</td></tr> <tr><td>右 下</td><td>下 前</td><td>左 下</td></tr> </table> <input type="checkbox"/> 歯 <input type="checkbox"/> 顎(あご) <input type="checkbox"/> 歯肉 <input type="checkbox"/> その他()	右 上	上 前	左 上	右 下	下 前	左 下
右 上	上 前	左 上					
右 下	下 前	左 下					
いつから痛みますか	<input type="checkbox"/> 今日から <input type="checkbox"/> 2~3日前から <input type="checkbox"/> 1週間前から <input type="checkbox"/> その他()						
どのような痛み方ですか	<input type="checkbox"/> ズキズキ痛い <input type="checkbox"/> ときどき痛い <input type="checkbox"/> 冷痛 <input type="checkbox"/> ズーンと痛い <input type="checkbox"/> 噛むと痛い <input type="checkbox"/> 温痛 <input type="checkbox"/> その他()						
服用している薬はありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(薬名:)						
今まで薬で副作用が出たことがありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(薬名:)						
注射による異常が出たことがありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(いつ:)						
これまでに次の病気を患ったことはありますか	<input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 蕁麻疹 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> アレルギー <input type="checkbox"/> 低血圧 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 肝炎(A ・ B ・ C) <input type="checkbox"/> 貧血						
妊娠中/出産後ですか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(妊娠 ヶ月 or 出産後 ヶ月)						
タバコは吸いますか?	<input type="checkbox"/> はい (1日 本くらい) <input type="checkbox"/> いいえ						
治療に関して...	<input type="checkbox"/> 治療内容の説明をして欲しい <input type="checkbox"/> 治療は声掛けながら進めて欲しい <input type="checkbox"/> 長時間、口をあけているのが辛い <input type="checkbox"/> 麻酔をしてから、治療をして欲しい <input type="checkbox"/> 予防に興味がある <input type="checkbox"/> 審美に興味ある <input type="checkbox"/> その他()						
治療に関してご希望は...	<input type="checkbox"/> 悪いところは全て治療したい <input type="checkbox"/> いま痛いところだけ治療したい <input type="checkbox"/> 長持ちするものを希望 <input type="checkbox"/> 白いものにしたい <input type="checkbox"/> 1回あたりの治療時間は短くしたい <input type="checkbox"/> 1回あたりの治療時間は長く、 来院回数を少なくしたい						
ご意見・ご要望などございましたらお聞かせください							