

ふりがな		男	生年月日	(満 歳)
お名前		女	大・昭・平	年 月 日
ご住所	〒	ご自宅電話番号 () 携帯番号 (連絡先として活用しますのでご記入願います) ()		
メール		@		
ご勤務先				

いかがなさいましたか	<input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> 歯肉が痛い <input type="checkbox"/> 詰め物が取れた <input type="checkbox"/> 歯を入れたい <input type="checkbox"/> 歯の掃除をして欲しい <input type="checkbox"/> 検診をしてほしい <input type="checkbox"/> 歯を白くしたい <input type="checkbox"/> 歯並びをなおしたい <input type="checkbox"/> その他 ()
当院をお知りになった理由は	<input type="checkbox"/> 知人・家族からの紹介 (ご紹介者名:) <input type="checkbox"/> 近くだから <input type="checkbox"/> ホームページを見て <input type="checkbox"/> 雰囲気良さそうだから <input type="checkbox"/> その他 ()
どこが痛みますか	右上奥 前上 左上奥 右下奥 前下 左下奥 頬 舌 唇 顔 その他
痛みはいつからですか	<input type="checkbox"/> 今日始めて <input type="checkbox"/> () 日前から <input type="checkbox"/> ずっと前から <input type="checkbox"/> 時々
現在の健康状態は	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 調子が悪い (具体的に)
妊娠していますか (女性のみ)	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 可能性がある <input type="checkbox"/> 妊娠中 (週) <input type="checkbox"/> 授乳中 <input type="checkbox"/> 妊娠予定あり
今までにかかった病気は	<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 低血圧 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> その他 ()
薬を飲んでいますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (薬の名前・種類)
お薬のアレルギーは	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (薬名)
過去に麻酔・抜歯などで異常はありましたか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 気分が悪くなった <input type="checkbox"/> 血が止まりにくかった <input type="checkbox"/> 熱が出た <input type="checkbox"/> 痛みが続いた <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> その他 ()
タバコを吸いますか	<input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 吸う (1日 本位) <input type="checkbox"/> 以前吸っていた (年前)
通院に都合のよい曜日・時間帯は	・曜日 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 ・時間帯 <input type="checkbox"/> 午前 時頃 <input type="checkbox"/> 午後 時頃 <input type="checkbox"/> 夕方
結婚していますか?	<input type="checkbox"/> 既婚 <input type="checkbox"/> 未婚 (未婚へチェックされた方…入籍の予定はありますか? (有・無))
その他、伝えたいこと、ご希望などがございましたら、ご記入下さい	