

医療法人 大木会 大木歯科医院 診療申込書



(フリガナ)		男	生年月日 (満 歳)
お名前		女	明・大・昭・平 年 月 日
ご住所	〒	お電話番号 () 携帯番号 (緊急連絡先として) ()	
メールアドレス	※予約前日にご案内メールを配信致します。必ずご記入下さい		ご勤務先 (学校名)

どうなさいましたか	<input type="checkbox"/> 歯が痛い (<input type="checkbox"/> しみる、 <input type="checkbox"/> ズキズキいたい、 <input type="checkbox"/> かむと痛い、 <input type="checkbox"/> はれた、 <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> 詰め物が取れた <input type="checkbox"/> 親知らずが痛い・抜きたい <input type="checkbox"/> 歯ぐきから血が出る <input type="checkbox"/> 口臭がある <input type="checkbox"/> 口の中にできものがある <input type="checkbox"/> 入れ歯が合わない・入れ歯を入れたい <input type="checkbox"/> 顔がはれている <input type="checkbox"/> 歯石を取りたい <input type="checkbox"/> 検診をしてほしい <input type="checkbox"/> インプラントの相談 <input type="checkbox"/> 矯正治療の相談 <input type="checkbox"/> セカンドオピニオン <input type="checkbox"/> その他 ()
当院をお知りになった理由は	<input type="checkbox"/> 知人からの紹介 (紹介者名:) <input type="checkbox"/> 家族からの紹介 (紹介者名:) <input type="checkbox"/> 院長知人からの紹介 (紹介者名:) <input type="checkbox"/> 院長・事務長からの紹介 <input type="checkbox"/> 他院からの紹介 (院名:) <input type="checkbox"/> 大木歯科医院従業員からの紹介 (紹介者名:) <input type="checkbox"/> 建物を見て <input type="checkbox"/> かかりつけ <input type="checkbox"/> 近い <input type="checkbox"/> タウンページ <input type="checkbox"/> Facebook 広告を見て <input type="checkbox"/> ホームページを見て (主に見たページ) <input type="checkbox"/> その他 ()
前回の歯科治療は?	<input type="checkbox"/> 当院で (年 月前) <input type="checkbox"/> 他院で (年 月前)
その時の感想は?	<input type="checkbox"/> 痛かった <input type="checkbox"/> 痛くなかった <input type="checkbox"/> 怖かった <input type="checkbox"/> 楽しかった <input type="checkbox"/> 通院が大変 <input type="checkbox"/> 便利だった <input type="checkbox"/> 説明してくれなかった <input type="checkbox"/> よく理解できた <input type="checkbox"/> その他 ()
診療についてご希望があれば	<input type="checkbox"/> 月 日までに治療を終えてほしい <input type="checkbox"/> 一度にたくさん治療し、来院回数を少なくしてほしい <input type="checkbox"/> 来院の回数は増えても、一度の治療は少しずつにしてほしい <input type="checkbox"/> 極端に“こわがり”なので、注意してほしい <input type="checkbox"/> 痛いところ、困っているところだけを治してほしい <input type="checkbox"/> 痛いところ、困っているところだけでなく、お口の中全体を治してほしい <input type="checkbox"/> 自分の歯についてのカウンセリング(相談)の時間を設けてほしい
予約についてのご希望があれば	・来院できる時間帯 <input type="checkbox"/> 午前 時頃 <input type="checkbox"/> 午後 時頃 ・来院できる曜日 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土
現在の健康状態は	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 不良 ※女性の方のみ <input type="checkbox"/> 妊娠中 (ヶ月)
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"/> 骨粗しょう症 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> 肝炎(B型/C型) <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> その他 ()
次のようなことがありますか	<input type="checkbox"/> 傷が化膿しやすい <input type="checkbox"/> ジンマシンがやすい <input type="checkbox"/> 湿疹が出やすい <input type="checkbox"/> 口内炎にかかりやすい <input type="checkbox"/> 薬過敏 (薬品名:) <input type="checkbox"/> 下痢しやすい <input type="checkbox"/> 喘息がある <input type="checkbox"/> 風邪を引きやすい <input type="checkbox"/> 血が止まりにくい <input type="checkbox"/> 薬を飲むと胃が悪くなる <input type="checkbox"/> 花粉症である <input type="checkbox"/> その他 ()
現在飲んでいる薬はありますか	<input type="checkbox"/> 飲んでいない <input type="checkbox"/> ビタミン剤 <input type="checkbox"/> ホルモン剤 <input type="checkbox"/> 血圧の薬 <input type="checkbox"/> 糖尿病の薬 <input type="checkbox"/> その他 ()
以前に歯を抜いたことがありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ⇒その時異常はありましたか? <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"/> その他 ()
血圧の状態は	<input type="checkbox"/> 高い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 低い 最高: 最低:

その他、気になることやご希望を記入下さい

※裏面も必ず記入下さい

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. あなたは煙草を吸いますか？

はい (1日_____本) いいえ 以前吸っていた

5. 1日何回歯みがきをしますか？

1日_____回 起床後 食後 (朝・昼・夕) 就寝前

6. あなたは間食はよくしますか？

はい (不規則・規則正しい) いいえ

『はい』と答えた方、

何をよく食べますか？_____

何をよく飲みますか？_____

7. あなたはご自分の口もとが気になりますか？

はい いいえ

8. 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

9. 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

10. 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

11. 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

12. 口臭が気になりますか？

気になるので調べてほしい 気にならない 分からない