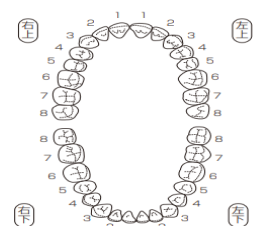


なお、患者様の個人情報（年齢・性別・治療期間・主訴・治療費用）の掲載をご承諾いただけますでしょうか。

ふりがな	生年月日 昭和・平成・令和 年 月 日		
お名前 NAME	年齢 歳	性別 男性・女性・その他	
	〒	電話番号（ご連絡のつくお電話番号）	
ご住所 ADDRESS			

以下の質問について、にはレ点で、()にはわかる範囲でご記入ください。

<input type="checkbox"/> 歯が（痛い・しみる・はれた・とれた・かけた） →いつから <input type="checkbox"/> 今日から <input type="checkbox"/> 昨日から <input type="checkbox"/> ずっと前から →どこが <input type="checkbox"/> 定期健診・クリーニングをしてほしい <input type="checkbox"/> 歯並び無料シュミレーション興味あり <input type="checkbox"/> その他	
笑気ガスの希望について（必要・不必要）	

◆今までに次の病気にかかったことや現在通院中のものはありますか？ 特になし

心臓 腎臓 (B・C)型肝炎 高血圧 糖尿病 リウマチ
 精神・心療 HIV 骨粗鬆症 その他()

◆現在服用中のお薬はありますか？ ない

ある（お薬手帳をお持ちでしたらご提示ください。薬品名： ）

◆アレルギーはありますか？ ない

ある（金属 ゴム 食品() その他()

◆今までに麻酔注射を打って歯科治療を受けたことはありますか？ いいえ

はい 異常なし 異常あった（どうなりましたか？ ）

◆女性の方にお聞きします。妊娠の可能性はありますか？ ない

授乳中 妊娠の可能性はある 妊娠中

◆喫煙はされますか？ いいえ

はい 以前は吸っていた（どれくらい前ですか？ ）

◆治療内容や費用についてお聞きします。

(ア) 今回の治療は、（痛いところだけ治したい・悪いところは全部治したい）

(イ) 次の項目で、あなたが重要視されている順に数字をいれてください

- [] ・丈夫さ（詰め物・かぶせ物・入れ歯などができるだけもつこと）
- [] ・再発リスク（虫歯や歯周病の再発をできるだけ防ぐ）
- [] ・美しさ（きれいな歯並びや白い自然な歯）
- [] ・噛む能力（自分の歯と同じように噛める）
- [] ・安全性（アレルギーの心配がなく、できるだけ体にとって安全）

(ウ) 次のA～Cより、該当するものを1つお選び、○をつけてください。

- A. とにかく治療にかかる費用が少ないことが重要である
- B. 費用は少ないほうが良いが、(イ)の項目を考慮に入れた上で治療方法を検討したい
- C. 費用にかかわらず、自分の状態にあった最善の治療を提案してほしい

◆症例写真の使用について ※氏名とお顔が分かるお写真は、いかなる媒体においても公開いたしません。

当院ホームページ等へ治療症例（年齢・性別・治療期間・主訴・治療費用）の掲載をご承諾いただけますでしょうか。
 歯列、お口元の写真について 公開を了承する 公開を了承しない

◆当医院をご来院いただいた決め手は何ですか？（複数可）

家族・知人から紹介 Googleマップを見た 通りがかり
 ホームページ・検索ワード() 当院Instagram

※マイナ保険証をご利用される患者さまは必ずお答えください。

マイナ保険証による診療情報取得に同意されましたか？ はい いいえ