

みなさまのお口のことだけでなく、全身の健康状態についてお聞かせください

| | | |
|----|----------------------------------|---|
| 1 | 今までに次の病気になったことはありますか？ (複数回答可) | <input type="checkbox"/> 心臓疾患 <input type="checkbox"/> 脳疾患 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 腎臓疾患 <input type="checkbox"/> 肝臓疾患 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> ぜん息 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 胃腸病 <input type="checkbox"/> 皮膚病 <input type="checkbox"/> 膠原病(リューマチ等) <input type="checkbox"/> 消化器疾患 <input type="checkbox"/> 蓄膿症 <input type="checkbox"/> 甲状腺疾患 <input type="checkbox"/> その他() |
| 2 | 現在の健康状態は いかがですか？ | <input type="checkbox"/> 特に問題はない <input type="checkbox"/> 他の医院(内科・外科)に通院している 病名() <input type="checkbox"/> その他() |
| 3 | アレルギーはありますか？ | <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (<input type="checkbox"/> 金属アレルギー <input type="checkbox"/> 薬のアレルギー <input type="checkbox"/> その他_____) |
| 4 | 麻酔をした ことはありますか？ | <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (<input type="checkbox"/> 特に異常はなかった <input type="checkbox"/> 異常があった) |
| 5 | 現在服用している 薬はありますか？ | <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (薬剤名 _____) |
| 6 | 喫煙されますか？ | <input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 吸う (1日 _____ 本) |
| 7 | 妊娠していますか？ ※女性の方のみ | <input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> 妊娠している (_____ ヶ月) <input type="checkbox"/> 授乳中 |
| 8 | 間食はしますか？ | <input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> 規則正しい <input type="checkbox"/> 不規則 |
| 9 | 睡眠時間は？ | 1日平均(_____)時間 |
| 10 | 歯磨き習慣について | 【時間帯】 <input type="checkbox"/> 起床後 <input type="checkbox"/> 朝食後 <input type="checkbox"/> 昼食後 <input type="checkbox"/> 夕食後 <input type="checkbox"/> 就寝前 【1回の時間】 約(_____)分 【使うもの】 <input type="checkbox"/> 歯ブラシ <input type="checkbox"/> フロス <input type="checkbox"/> 歯間ブラシ <input type="checkbox"/> その他(_____) |

当院に対するご要望をお聞かせください

(例: 痛いのが苦手なので、なるべく麻酔を使ってほしい) ※特に無ければご記入いただくなくてもかまいません



ご予約が取りづらい場合もございますので、あらかじめご希望の通院日をお聞かせください。

通いやすい曜日、時間を○△×で記入してください※土曜日と平日16時～以降は予約が取りづらくなっております。

- 通いやすい
- △ 日によっては通える
- × 通院困難

| | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 |
|-------------|---|---|---|---|---|---|
| 9:00～12:30 | | | | | | |
| 14:00～16:00 | | | | | | |
| 16:00～18:30 | | | | | | |