

今回はどうなさいましたか	<input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> 歯肉が痛い <input type="checkbox"/> 詰め物がとれた <input type="checkbox"/> 歯を入れない <input type="checkbox"/> 検査をしてほしい <input type="checkbox"/> 歯を白くしたい <input type="checkbox"/> 歯の清掃をしてほしい <input type="checkbox"/> 歯並びをなおしたい <input type="checkbox"/> その他（ ）						
今までにかえられた病気についてお答えください <b>※感染症にかかった事がある方は必ず申告をお願いします</b>	<input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 肝炎（A・B・C） <input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧（最高          最低                ） <input type="checkbox"/> 精神的不調和 <input type="checkbox"/> 血圧疾患 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 特になし						
かかりつけの病院・通院中の病院	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある（病院名： _____）						
薬を飲んでいますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい（名前・種類： _____）						
（女性の方へ）妊娠していますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 可能性はある <input type="checkbox"/> はい（ ____ カ月）						
アレルギーはありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい（ _____ ）						
歯の麻酔・抜歯などで具合が悪くなったことはありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 血が止まりにくかった <input type="checkbox"/> 貧血が起こった <input type="checkbox"/> 気分が悪くなった <input type="checkbox"/> 痛みが続いた <input type="checkbox"/> 熱がでた ◎嘔吐反射の経験はありますか？（有り・無し）						
歯ブラシ以外で使用している物がありますか	<input type="checkbox"/> 歯間ブラシ <input type="checkbox"/> 糸ようじ <input type="checkbox"/> ジェットウォッシャー <input type="checkbox"/> 使用していない <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）						
ご来院に都合の良い曜日・時間帯							
		月	火	水	木	金	土
	9：00～12：30						
	14：30～18：00						
	18：00以降						／＼
ご希望される治療費用 <b>※より良い見た目や最先端治療技術による治療は保険適応外（自費治療）となります</b>	<input type="checkbox"/> すべて健康保険の適用内で治療を希望 <input type="checkbox"/> 健康保険を希望として部分的に自費治療を希望 <input type="checkbox"/> すべて自費治療を希望 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）						
当院をお選びいただいた理由	<input type="checkbox"/> 家族・知人の紹介（お名前 _____） <input type="checkbox"/> 看板 <input type="checkbox"/> 家の近く <input type="checkbox"/> 職場の近く <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> グーグルマップ <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）						
治療についてご要望があれば何なりとお書きください							