

ふりがな	性別	生年月日	年齢
お名前	男・女	( 明治・大正・昭和・平成 ) 年 西暦 年 月 日	歳
住所	〒 _____		
Email	@	電話	携帯 ( _____ )
職業		番号	自宅 ( _____ )

当院を最初に知ったきっかけは何でしたか	<input type="checkbox"/> 家族から聞いた <input type="checkbox"/> 知人 ( _____ さん) から聞いた <input type="checkbox"/> HP を見た (検索ワード: _____ ) <input type="checkbox"/> Instagram を見た (検索ワード: _____ ) <input type="checkbox"/> 医院の外でスタッフの話を聞いた 場所: _____ 子どもセンター、 _____ 保育園 その他の場所 ( _____ ) <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )
当院を選んだ決め手は何でしたか	<input type="checkbox"/> 予防歯科である <input type="checkbox"/> 託児がある <input type="checkbox"/> 矯正ができる <input type="checkbox"/> NOHA に通いたい <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )
お口の健康状態はいかがですか	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 気になることがある (具体的に: _____ )
お口以外の健康状態はいかがですか	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 調子が悪い (具体的に: _____ )
今までに大きな病気をしたことはありますか。また、現在治療中の病気はありますか	<input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 (B型肝炎・C型肝炎・その他 _____ ) <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧 (最高血圧: _____ mmHg, 最低血圧 _____ mmHg) <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> その他 ( _____ ) <input type="checkbox"/> 特になし
かかりつけの病院や通院中の病院はありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (病院名: _____ )
薬を飲んでいますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (薬の名前: _____ )
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"/> はい (妊娠 _____ 週目)
アレルギーをお持ちですか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ( <input type="checkbox"/> 花粉 <input type="checkbox"/> 鼻炎 <input type="checkbox"/> 食物 <input type="checkbox"/> 金属 <input type="checkbox"/> 薬のアレルギー) <input type="checkbox"/> 上記以外のアレルギー (名前: _____ )
歯科はどれくらいぶりですか	<input type="checkbox"/> 今日が初めて <input type="checkbox"/> _____ 日ぶり <input type="checkbox"/> _____ ケ月ぶり <input type="checkbox"/> _____ 年ぶり
麻酔の経験はありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
麻酔や抜歯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"/> 熱が出た <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )

歯並びや噛み合わせを整える 治療の経験はありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい（治療名：                      いつ頃：                      期間：                      ）																																
転居の可能性はありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい（いつ頃：                      どこへ：                      ）																																
同居中のご家族はいますか	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 夫 <input type="checkbox"/> 妻 <input type="checkbox"/> 子（__人：年齢                      ）																																
来院しやすい曜日・時間帯は ありますか。 該当する箇所に ○をつけてください	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>月</th> <th>火</th> <th>水</th> <th>木</th> <th>金</th> <th>土</th> <th>祝</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>午前</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>午後</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>17時～</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		月	火	水	木	金	土	祝	午前								午後								17時～							
	月	火	水	木	金	土	祝																										
午前																																	
午後																																	
17時～																																	
喫煙経験はありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい（__歳～__歳・現在まで、1日__本程度）																																
お酒を飲みますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい（種類：__、時間帯：__）																																
睡眠時間は何時ですか	平均__時間（就寝：__時、起床：__時）																																
お仕事で夜勤はありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい																																
夜食をよく食べますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい（頻度：毎日：時々、種類：__量：__）																																

お口の健康状態についてお尋ねします	
歯みがきをすると血が出ますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
歯茎が腫れることがありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
口臭が気になることがありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
歯の間に食べ物がはさまることがありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
歯並び・噛み合わせが気になりますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
歯医者で歯石を取ってもらったことがありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
歯医者で歯みがきの仕方を教わったことがありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
いびきをかいて寝ていますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
歯ぎしりや食いしばりをしていますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい

オーラルケアの習慣についてお尋ねします	
歯みがきは1日に何回しますか	__回（起床後・朝食後・昼食後・夕食後・就寝前）
普段お使いのセルフケアグッズは ありますか。 商品名やメーカーも できるだけ詳しく教えてください	<input type="checkbox"/> 電動歯ブラシ（                      ） <input type="checkbox"/> 歯みがき粉（                      ） <input type="checkbox"/> フロス（                      ） <input type="checkbox"/> 歯間ブラシ（                      ） <input type="checkbox"/> 洗口液・マウスウォッシュ（                      ） <input type="checkbox"/> その他（                      ）
歯医者でフッ素を塗ってもらったことが ありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> はい