

診療申込書

フリガナ		男 ・ 女	生年月日	T・S・H	年	月	日生 (歳)
お名前							
住所	〒 —		ご職業	勤務先			
お約束の確認及び、変更等のご連絡に使用させていただきますのでご記入お願い致します。							
ご連絡先		携帯			E-mail		
				@			
御来院のきっかけをお聞かせ下さい			<input type="checkbox"/> ご紹介(_____様から) <input type="checkbox"/> 看板 <input type="checkbox"/> 評判		<input type="checkbox"/> インターネット <input type="checkbox"/> 家・職場が近い <input type="checkbox"/> その他		
ご趣味	()						

いかがなさいましたか	<input type="checkbox"/> 詰め物、被せ物が取れた <input type="checkbox"/> ホワイトニングをしたい <input type="checkbox"/> 歯石取り、クリーニング希望 <input type="checkbox"/> 歯周病						<input type="checkbox"/> 虫歯 <input type="checkbox"/> 口臭が気になる <input type="checkbox"/> インプラントの相談 <input type="checkbox"/> その他()			<input type="checkbox"/> 全体を治したい <input type="checkbox"/> 全体の確認・検診 <input type="checkbox"/> 歯並びを治したい		
お痛みはございますか	<input type="checkbox"/> はい		どちらが痛みますか <input type="checkbox"/> 歯 <input type="checkbox"/> 歯ぐき <input type="checkbox"/> 顎 <input type="checkbox"/> 親不知 <input type="checkbox"/> その他()									
	<input type="checkbox"/> いいえ		左上	前上	右上							
			左下	前下	右下							
治療についての希望・優先したいことはございますか			<input type="checkbox"/> 時間 予約時間 予約のしやすさ 回数 期間 <input type="checkbox"/> 治療結果 説明 痛み 保障について メンテナンス <input type="checkbox"/> 料金 見積もりがほしい <input type="checkbox"/> 極端に”こわがり”なので注意してほしい <input type="checkbox"/> その他									
歯科治療についてお聞かせください			<input type="checkbox"/> 治療の選択肢について知りたい <input type="checkbox"/> お口の中の長期的な治療計画について聞きたい									
今の身心の調子はいかがですか			<input type="checkbox"/> 調子が良い <input type="checkbox"/> なんとなくくだるし <input type="checkbox"/> リラックスしてい <input type="checkbox"/> 緊張気味			<input type="checkbox"/> 風邪気味 <input type="checkbox"/> 体調が悪い <input type="checkbox"/> 気分が悪い						
その他気になる点、ご希望・ご相談がありましたらご記入ください												

問診票にご記入いただいた個人情報は、当院の個人情報の利用目的の範囲内で取り扱わせていただきます