

紹介者	様		
当院へはどのような切っ掛けでお越しになりましたか？ <input type="checkbox"/> 患者さん、お知り合いの方から紹介されて <input type="checkbox"/> 前を通りかかって <input type="checkbox"/> 駅の看板を見て <input type="checkbox"/> パンフレットを見て <input type="checkbox"/> インターネットを見て <input type="checkbox"/> 近所だから <input type="checkbox"/> 他の医療機関からの紹介 <input type="checkbox"/> その他			
フリガナ	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	血液型	型 血圧 mHg
お名前	年齢	身長	cm 脈拍 /分
	生年月日 明・大・昭・平 年() 月 日		
住所 〒 -			
電話番号・ご自宅	携帯	ご勤務先	
どうなさいました？ <input type="checkbox"/> 歯痛(虫歯) <input type="checkbox"/> 腫れている <input type="checkbox"/> 歯槽膿漏 <input type="checkbox"/> 詰め物が外れた <input type="checkbox"/> 歯の検査 <input type="checkbox"/> 歯の清掃 <input type="checkbox"/> 義歯を入れたい <input type="checkbox"/> 白い歯を入れたい <input type="checkbox"/> 人工歯根(インプラント)を入れたい <input type="checkbox"/> 歯並びを直したい <input type="checkbox"/> その他 具体的に:			
お口のお手入れについて ・歯磨きをする時は ・1回の時間は ・歯ブラシ以外の清掃用品は	<input type="checkbox"/> 起床後 <input type="checkbox"/> 食後(朝・昼・夕) <input type="checkbox"/> 就寝前 約()分くらい <input type="checkbox"/> フロス <input type="checkbox"/> 歯間ブラシ <input type="checkbox"/> その他		
喫煙習慣	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 過去にあり		
睡眠時間	約()時間		
食生活習慣について ・習慣的飲料物 ・間食のとり方	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> 不規則 <input type="checkbox"/> 規則正しい <input type="checkbox"/> あまりとらない		
注射をして、異常は？ <input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある 具体的に:		
抜歯のとき、異常は？ <input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 抜けなかった <input type="checkbox"/> 血が止まらなかった <input type="checkbox"/> 抜歯したことがない <input type="checkbox"/> その他 具体的に:		
全身疾患はありますか？ <input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 血液疾患 <input type="checkbox"/> 脳疾患 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 肝疾患 <input type="checkbox"/> 感染症 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 妊娠 ヶ月 具体的に:		
特異体質やアレルギーは？ <input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある 具体的に:		
常用薬はありますか？ <input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある 具体的に:		
薬で副作用はありますか？ <input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある 具体的に:		
他科に通院していますか？ <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい 何科:	病名: 病院名: 担当医:	
口臭を気に掛けていますか？ <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい 具体的に:		
ご希望:			

スマイル・チェックシート

1. あなたはご自分の口もとが気になりますか？
はい いいえ
2. 口もとが気になり始めたきっかけはなんですか？
 写真を見て 人に言われて
 鏡を見て 雑誌を読んで
3. いつ頃から気になりはじめましたか？
 数か月前から 2～3年前から
 子どもの頃から
4. あなたは次のどこが気になりますか？
(クリーン)
 口臭 やに 歯の汚れ 歯石
 歯茎が赤い 腫れている 時々出血する
(ビューティー)
 歯の色 歯の形 歯のすき間
 かぶせものの色 かぶせものの形
 歯茎の色 歯茎の形
5. ホワイトニング（歯を白くする歯の美白）に興味がありますか？
 興味がある わからないので説明してほしい
 ない