

Treatment Plan

ふりがな ご氏名	男・女	明 昭 大 平	年	月	日生	(才)
ご住所 (〒 -)						未婚 ・ 既婚
自宅電話 - -			携帯電話 - -			
勤務先名 (学校名)		(役職:)		電話 ()		
メールアドレス			緊急連絡先 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯			
携帯アドレス			<input type="checkbox"/> その他 - -			
通院経験のあるご家族の方が いらっしゃいましたらお名前をご記入ください						

保険がきかなくてもお薦めする 最も良い治療を受けたい	希望 / 説明希望
インプラント治療に興味がある	希望 / 説明希望
詰め物・被せ物を白い物に変えたい	希望 / 説明希望
ホワイトニングに興味がある	希望 / 説明希望
歯列矯正に興味がある	希望 / 説明希望
金属アレルギーについて相談したい	希望 / 説明希望
歯の形が気になる	希望 / 説明希望
ボトックスに興味がある	希望 / 説明希望

						写真撮影日
SC						
SC						
SC						
SC						
SC						

InBody測定日	
OSTEO測定日	
SMT/キャンブラ	

1	+			
2	+			
3	+			
4	+			
5	+			
6	+			
7	+			
8	+			
9	+			
10	+			
11	+			
12	+			
13	+			
14	+			
15	+			
16	+			

既往歴 かかりつけの病院	

	物品名	購入日
購入歴		

どうなさいましたか？ 気になるところ、その他ご希望ご相談したいことがありましたらご記入ください	<input type="checkbox"/> 歯が痛い(しみる、ズキズキ痛い、かむと痛い、その他) <input type="checkbox"/> とれた <input type="checkbox"/> 歯ぐきから血が出る <input type="checkbox"/> 歯ぐきが腫れた <input type="checkbox"/> 入れ歯が合わない/入れ歯を作りたい <input type="checkbox"/> 口臭が気になる <input type="checkbox"/> 歯並びが気になる <input type="checkbox"/> 歯石を取りたい <input type="checkbox"/> 検診をしてほしい <input type="checkbox"/> インプラントについて相談したい <input type="checkbox"/> その他()
最も気になるところはどこですか？	<input type="checkbox"/> 右上 <input type="checkbox"/> 前上 <input type="checkbox"/> 左上 <input type="checkbox"/> 上 <input type="checkbox"/> 下 <input type="checkbox"/> 全体 <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 右下 <input type="checkbox"/> 前下 <input type="checkbox"/> 左下
ご来院された経緯を教えてください	<input type="checkbox"/> 家族からの紹介(ご家族名: _____ 続柄: _____) <input type="checkbox"/> 知人・友人からの紹介(ご紹介者名: _____ ご関係: _____) <input type="checkbox"/> 建物を見て <input type="checkbox"/> タウンページを見て <input type="checkbox"/> 近いから <input type="checkbox"/> ホームページを見て(検索キーワード _____) <input type="checkbox"/> その他()
前回の歯科治療はいつ頃受けられましたか？	<input type="checkbox"/> 歯科にかかるのは初めて <input type="checkbox"/> 他院で _____ 年 _____ ヶ月前(医院名 _____)
前回の歯科治療について感想を教えてください	<input type="checkbox"/> 痛かった <input type="checkbox"/> 痛くなかった <input type="checkbox"/> 怖かった <input type="checkbox"/> 優しかった <input type="checkbox"/> 通院が大変 <input type="checkbox"/> 便利だった <input type="checkbox"/> 説明してくれなかった <input type="checkbox"/> よく理解できた <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 他院でされて嫌だったことがある()
診療についてご希望があれば教えてください	<input type="checkbox"/> _____ 月 _____ 日までに治療を終えてほしい(その詳細をご記入下さい) <input type="checkbox"/> 来院回数は増えても、一度の治療は少しずつにしてほしい <input type="checkbox"/> 極端に“こわがり”なので、注意してほしい <input type="checkbox"/> 痛いところ、困っているところだけを治してほしい <input type="checkbox"/> 痛いところ、困っているところだけでなく、お口の中全体を治してほしい <input type="checkbox"/> 自分のお口の中についてのカウンセリング(相談)の時間を設けてほしい ・歯科医師の希望 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない
予約についてご希望はありますか？	・来院できる時間帯 <input type="checkbox"/> 午前 _____ 時頃 <input type="checkbox"/> 午後 _____ 時頃 ・来院できる曜日 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> いつでも <input type="checkbox"/> 託児希望 <input type="checkbox"/> 不規則
現在の健康状態はいかがですか？	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 不良 血液型 _____ 型 Rh (+)(-) ※女性の方のみ <input type="checkbox"/> 妊娠中(_____ ヶ月)・予定日 _____ <input type="checkbox"/> 妊娠の可能性あり <input type="checkbox"/> 授乳中
今までかかった病気または現在治療中の病気はありますか？	<input type="checkbox"/> 糖尿病(HbA1C _____) <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 低血圧 <input type="checkbox"/> 脳疾患 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 甲状腺疾患 <input type="checkbox"/> 肝炎 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> 血液疾患 <input type="checkbox"/> 癌 <input type="checkbox"/> 蓄膿症 <input type="checkbox"/> その他()
医療機関への通院経歴を教えてください	・現在通院中 <input type="checkbox"/> はい(病名 _____)(病名 _____) <input type="checkbox"/> いいえ ・過去1年以内に通院経歴がある <input type="checkbox"/> はい(病名 _____)(病名 _____) <input type="checkbox"/> いいえ ・薬の服用・投与(注射等) <input type="checkbox"/> あり(薬名 _____) <input type="checkbox"/> なし
次のようなことがありますか？	<input type="checkbox"/> 傷が化膿しやすい <input type="checkbox"/> ジンマシンがでやすい <input type="checkbox"/> 湿疹がでやすい <input type="checkbox"/> 口内炎がしやすい <input type="checkbox"/> アレルギー(_____) <input type="checkbox"/> 喘息がある <input type="checkbox"/> 血が止まりにくい <input type="checkbox"/> 薬を飲んで異常・副作用があった <input type="checkbox"/> 以前の歯科治療の際、麻酔で気分が悪くなったことがある <input type="checkbox"/> ご自身が神経的・心配性だと思う その他()
以前に歯を抜いたことがありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい→その時異常はありましたか？ <input type="checkbox"/> 気分が悪くなった <input type="checkbox"/> 血が止まりにくかった <input type="checkbox"/> その他()
血圧の状態はいかがですか？	<input type="checkbox"/> 高い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 低い 最高: _____ 最低: _____
ご予約日の事前連絡方法 ご予約の日時をご連絡致します	自動配信メール・自動音声電話
その他、気になることやご希望がございましたら、ご記入下さい	

ご希望・ご相談したいことがあればご記入をお願いします

1. 保険がきかなくてもお薦めする最も良い治療を受けたい

はい わからないので説明してほしい いいえ

2. インプラント治療に興味がありますか？

はい わからないので説明してほしい いいえ

3. 現在入っている、つめもの・かぶせものを白い物に変えたい

はい わからないので説明してほしい いいえ

4. ホワイトニング(歯を白くする)に興味がありますか？

ある わからないので説明してほしい ない

5. 歯列矯正に興味がありますか？

ある わからないので説明してほしい ない

6. 金属アレルギーについて相談したい

はい わからないので説明してほしい いいえ

7. 歯の形が気になる

はい わからないので説明してほしい いいえ

8. ボトックスに興味がありますか？

はい わからないので説明してほしい いいえ

9. あなたはご自分の歯を残すために、定期的に歯のクリーニングを受けたいと思われませんか？

はい いいえ

その理由は？ _____