SMILE PLAN　初診カウンセリングシート

ふりがな
氏名：　　男・女　生年月日：昭和 平成　　年　　月　　日（　　）歳

住所：〒　　☎（　　）　　ー　　ご職業

本日はどうされましたか？

□歯が痛い　□痛みはないが虫歯がある　□つめもの・かぶせが取れた　□検診希望
□歯ぐきが腫れた　□インプラント相談　□矯正相談　□ホワイトニング希望
□歯をきれいにしたい　□その他（　　）

それはどの部位ですか？

□右上　□上前歯　□左上　□右下　□下前歯　□左下　□その他

前回の治療についてお聞きします。

＊約（　　年・ヶ月）前・・・□治療は一通り終了している　□治療途中で止まっている
＊今までに通院された医院で、困ったこと、またして欲しくないことはありますか？
（　　）

当院をお知りになったきっかけは？

□通りかかり（□家が近い　□通勤、通学で前を通る　□近くのお店によく来る　□職場が近い）
□ホームページ　（検索キーワードは？　　）
(HPの中で興味を持たれたのは？　□内外装　□ドクター経歴　□フィロソフィー
□診療内容　□CT　□託児などのサービス面　□その他　　）
□ご紹介　（□ご家族　　□知人　　）
お名前をできるだけフルネームでご記入下さい。ご紹介者には粗品をご用意させていただいております。
□その他　（　　）

これまでに次のような病気はございますか？

□特にない　□糖尿病　□心臓病　□高血圧　□低血圧　□腎臓病　□肝臓病
□肝炎（　型）　□ぜんそく　□精神病　□薬アレルギー（薬品名　　）
□その他（病名　　）
□妊娠中（　週目、　年　月出産予定）　□授乳中（お子様の年齢　才　ヶ月）

現在飲んでいる薬はございますか？

□ない　□ある（薬品名　　）

歯に対して気にされていることはありますか？

クリーン　□歯石　□歯の着色　□ヤニ　□口臭
ビューティー　□歯の色　□歯の形　□歯のすき間　□歯並び　□かぶせの色、形

当院ではすぐに治療に入るのではなく、患者様のご要望や不安な部分をお聞きした上で、最適な治療をご提案させて頂きたいと思っております。（お痛みがある場合を除く）
ご希望がございましたらご記入ください。（例；　月　日までに治療を終えてほしい、、、など）

カウンセリング記入欄　　本日自発痛（＋＋、＋、±、−）