



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・令和	年	月	日	歳
住所：〒	—	職業 自宅 () — 携帯電話 () —				
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 ☐ 詰め物、被せ物が取れた ☐ 検診希望 ☐ 歯ぐきが腫れた ☐ 歯石取り、クリーニング希望 ☐ インプラント相談 ☐ セラミック治療相談（詰め物、被せ物） ☐ ホワイトニング希望 ☐ 矯正相談（歯の隙間、歯並び） ☐ 親知らず抜歯 ☐ インビザライン 相談 ☐ 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 入れ歯は入ってらっしゃいますか？ ☐ はい ☐ いいえ						
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、してほしくないことはありますか？ () *これまでに保険外の治療を受けたことはありますか？ ☐ はい ☐ いいえ						
当院を知って頂いたきっかけは？ 当てはまるすべてにチェックをお願い致します。 ☐ ホームページ (☐ メインサイト ☐ インビザラインサイト ☐ インプラントサイト) (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 ☐ 親知らず ☐ 診療内容 ☐ マイクロスコープ ☐ 託児などのサービス面 ☐ インビザライン ☐ 小児矯正 ☐ その他 ☐ 通りかかり ☐ ソーシャルメディア (☐ Instagram) ☐ 雑誌・新聞・地元情報紙 メディア名 () ☐ ご紹介 (☐ ご家族 ☐ 知人) ご紹介者のお名前を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？ ☐ 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 ☐ 特にない ☐ 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)						
現在飲んでいるお薬はありますか？ ☐ ない ☐ ある お薬手帳お持ちですか？*『ある』に回答された方のみ ☐ ない ☐ ある (薬品名) 薬剤のアレルギーなどはございますか？ ☐ ない ☐ ある (薬品名)						
来院期限が決まっていらっしゃる患者様は下記にご記入願います。 ____年 ____月 ____日までに終了希望 *理由						
初診カウンセリング担当者 (担当：)						