

年 月 日

ふりがな 氏名	男・女	生年月日	年 月 日
住所	TEL		
職業	勤務先名	TEL	
ご紹介者があればお書きください	E-mail 携帯 mail	今後このアドレスに情報を 配信してもよろしいですか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	

当医院では、患者さん一人一人にカウンセリングを実施し、総合的に診査をしたうえで治療を始めます。この表は大切な参考資料になりますので、次の質問に正確にお答えください。

あなたの健康状態は？	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 不良
病気は？	<input type="checkbox"/> 消化器（胃・腸） <input type="checkbox"/> 呼吸器（肺・気管） <input type="checkbox"/> 血压 <input type="checkbox"/> 心臓 <input type="checkbox"/> 脳 <input type="checkbox"/> 肝臓 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> その他（ ）
現在入れ歯に対しての不満は？	<input type="checkbox"/> よく噛めない <input type="checkbox"/> 吸いつきが悪い ・片側で物を噛むと入れ歯が動く <input type="checkbox"/> 口の中が乾きやすい ・前歯で噛むと外れる <input type="checkbox"/> 舌ざわりが悪い ・噛むと歯肉が痛む <input type="checkbox"/> 話がしにくい ・いつもどこかに傷ができる <input type="checkbox"/> 発音が悪いと言われる ・食物が細かくできない <input type="checkbox"/> 吐き気がする ・くい切りが悪い <input type="checkbox"/> 外観が気に入らない ・頬や舌を噛みやすい <input type="checkbox"/> 入れ歯がこわれた ・食べにくい物は（例： ） <input type="checkbox"/> 作りかえの時期と思う <input type="checkbox"/> 入れ歯が大きすぎる感じがする <input type="checkbox"/> 入れ歯が浮き上がる感じがする <input type="checkbox"/> アゴがだるくなったり、耳の付近が痛くなる <input type="checkbox"/> 食事中あるいは会話中カチカチ音がする <input type="checkbox"/> 食べ物が入れ歯の下に溜まりやすい
上記の質問の中で最も不満なもの、改善してほしいのはどれですか？	(3 コ順番に記入してください)
あなたの職業上、趣味の中で特に留意してほしい点は何ですか？	
総入れ歯になった原因は？	原因（ ）
またそれは何年前、何歳の時ですか？	（ ） 年前 （ ） 歳の時
今まで何回作りかえましたか	（ ） 回
清掃法について どんな指導がありましたか？	
新しい入れ歯が出来たら ぜひ食べてみたいものは何ですか？	
完成まで約3ヶ月程最低通院が 必要ですが、当歯科医院の指示通り 通院ができますか？	
使用する材料について特に希望される ものはありますか？	<input type="checkbox"/> ある 希望（ ） <input type="checkbox"/> ない
お若いときの写真はありますか？ ない場合、歯ならび、形、大きさ、 覚えていますか？	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない 歯並び（ ） 大きさ（ ） 形（ ）
御自身で再現してほしいことは その他何かありますか	

遠藤歯科医院

住 所：〒131-004

東京都墨田区立花 5-26-10

電話番号：0120-108-115

：03-3618-3836

診療時間：10：00～17：00

休診日：水・日曜日

最寄駅：東武亀戸線 小村井駅



(P.A.T. 出願中)