

一日何回歯磨きをしますか？	一日（ ）回 ①起床後 ②食後（ <input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夕） ③就寝前 ④その他（ ）
1回の歯磨きの時間は？	（ ）分くらい
歯磨きでお使いの清掃用品は何ですか？	①歯ブラシ ②フロス ③歯間ブラシ ④その他（ ）
タバコをお吸いですか？	①いいえ ②はい（一日 本） ③以前吸っていたが今は吸っていない
一日何時間睡眠をとっていますか？	約（ ）時間
よく飲む飲み物がありますか？	①ない ②ある（具体的に： ）
間食をしますか？	①不規則 ②規則正しい ③あまりしない
現在他の症状で治療中ですか？ (複数選択可)	①はい <input type="checkbox"/> 心臓 <input type="checkbox"/> 肝臓 <input type="checkbox"/> 糖尿 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> その他() ②いいえ
今、飲んでいる薬はありますか？	①はい() ②いいえ
薬・食物・化粧品などのアレルギーがありますか？	①はい() ②いいえ
今までに大きな病気にかかったことはありますか？	①はい() ②いいえ
血圧は？	①正常 ②高い ③低い ④わからない
輸血したことはありますか？	①はい ②いいえ
(女性の方) 現在、妊娠していますか？ (歯科治療に影響するので確認してます。)	①はい(妊娠 約 ヶ月目) ②いいえ
転勤、引越しの予定はありますか？	①はい(いつごろ：) ②いいえ ③わからない
予約の希望時間帯はありますか？ (複数選択可)	①いつでもよい ②平日の午前 ③平日の午後 ④夜(時頃) ⑤土曜の午前 ⑥土曜の午後 ⑦その他()
当院をお知りになった理由は？ (複数選択可)	①知人の紹介(様) ②当医院のホームページを見て(<input type="checkbox"/> パソコン <input type="checkbox"/> スマホ <input type="checkbox"/> 携帯) (※ 検索サイト： <input type="checkbox"/> Yahoo! <input type="checkbox"/> Google <input type="checkbox"/> MSN <input type="checkbox"/> その他) (※ 検索ワード：) ③ご近所 ④通勤・通学路に近い ⑤電話帳にて ⑥電柱広告 ⑦バス広告 ⑧旧医院(国井歯科医院)に以前通っていた ⑨その他()

※その他ご要望がありましたら、直接ご相談ください。