



1日何回歯を磨きますか	<input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夜
仕上げ磨きはされますか	<input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夜
かかりつけの病院・通院中の病院はありますか	<input type="checkbox"/> ある（病院名 ） <input type="checkbox"/> ない
現在常用している薬はありますか	<input type="checkbox"/> ある（薬の名前 ） <input type="checkbox"/> ない
アレルギーはありますか	<input type="checkbox"/> ある（ ） <input type="checkbox"/> ない

**治療についてあなたの希望（複数回答可）**

- 保険の範囲でしてほしい  
保険でできないときは自費でもよい（矯正等）  
先生と相談して決めたい  
その他（  
）

**当院を選ばれた理由をお聞かせください（複数回答可）**

<input type="checkbox"/> 家族の紹介（お名前 ）
<input type="checkbox"/> 友人・知人の紹介（お名前 ）
<input type="checkbox"/> 当院ホームページ <input type="checkbox"/> ネット広告 <input type="checkbox"/> E-PARK <input type="checkbox"/> SNS（Twitter・Instagramなど）
<input type="checkbox"/> YouTube <input type="checkbox"/> その他WEBサイト（サイト名 ） <input type="checkbox"/> 自宅から近い
<input type="checkbox"/> メディア（TV・ラジオ） <input type="checkbox"/> 看板を見て <input type="checkbox"/> その他（ ）

**□腔内写真利用についてのお願い**

一般の方への情報発信のため、氏名やお顔が分からないように加工した上で、お口の中の写真をホームページ等で利用させて頂いてもよろしいでしょうか  
同意する 同意しない

上記以外、歯科医師に伝えておかなければならない事、  
また治療に関するご希望等をご記入ください

---



---