

現在常用している薬はありますか	<input type="checkbox"/> ある（薬品名 ） <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
女性の方のみ 現在、妊娠中・授乳中ですか	<input type="checkbox"/> 妊娠中（ ヶ月、予定日 / ） <input type="checkbox"/> 授乳中 <input type="checkbox"/> いいえ

Q. あなたの口腔内の状態についてお聞きします

以下の症状であてはまるところに全てに✓を入れてください

- 硬いものが食べにくくなった
- 汁物を飲むときに時々むせるようになった
- 口の中が乾くようになった
- 薬を飲みにくくなった
- 滑舌が悪くなった
- 食事をするのに時間がかかるようになった
- 食べこぼしをするようになった
- 食後に口の中に食べものが残るようになった

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
- 先生と相談して決めたい

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（
） |

口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・SNS 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
