

予 診 表 (For Whitening)

フリガナ お名前 _____	男・女 _____	ご希望の連絡先に印を付けて下さい
生年月日 大・昭・平 _____ 年 月 日 _____		<input type="checkbox"/> TEL(自宅) _____
住所 〒 _____		<input type="checkbox"/> TEL(職場) _____
		<input type="checkbox"/> TEL(携帯) _____
		<input type="checkbox"/> e-mail _____

この用紙は当院での診療を安心して受けられるために記入していただくものです。
内容は診療関係者以外の目に触れるものではありません。ご自身もしくは保護者が正確にお答え下さい。

① あなたの健康状態についてお尋ねします。

- A) 歯磨きで血が出ることがありますか？ はい・いいえ
- B) アレルギーがありますか？ はい(薬・食物・衣類・装飾品・その他)・いいえ
- C) 最近、眼の手術(LASIK・白内障治療など)を受けましたか？ はい・いいえ
- D) 最近、顔面にピーリングなどの皮膚科での治療を受けましたか？ はい・いいえ
- E) 太陽光にあると、皮膚が赤く腫れたりすることがありますか？ はい・いいえ
- F) 現在、何かの疾患で通院中ですか？ はい・いいえ
- G) 現在、妊娠中あるいはその可能性がありますか？ はい・いいえ
- H) 過去に無カタラーゼ症と診断された事がありますか？ はい・いいえ・わからない
- J) ご自身で唾液が多いと思いますか？ はい・いいえ
- K) 以前、歯に強い衝撃を受けた事がありますか？ はい・いいえ・覚えていない
- L) 心臓疾患で、ペースメーカーなどを装着されていますか？ はい・いいえ
- M) 温かいものや冷たいものを食べたり飲んだりした時に、知覚過敏が出ることはありませんか？
はい・いいえ

② 以下の質問にお答えください。

- A) 虫歯予防の為、定期的に歯科医院へ通院していますか？ はい(カ月毎)・いいえ
- B) 感情の起伏が激しいと言われたことがありますか？ はい・いいえ
- C) タバコを吸われる方にお尋ねします。(本/日)
- D) コーヒー・紅茶・コーラなど1日に何杯摂取しますか？ (杯/日)
- E) 歯磨きの回数は？ (1日3回毎食後、朝晩の2回、朝か夜の1回だけ、適当)
- F) 食事は、外食が多いですか？ はい・いいえ
- G) F)で、はいと答えた方は、週何回位ですか？ 週 回