

治療について

どなたが希望されていますか	<input type="checkbox"/> 本人が <input type="checkbox"/> 親・家族が <input type="checkbox"/> 学校健診で指摘されて
当院はどこで知りになりましたか	<input type="checkbox"/> Google <input type="checkbox"/> E-park <input type="checkbox"/> ドクターズファイル <input type="checkbox"/> Medical DOC <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> 歯科医の紹介(先生) <input type="checkbox"/> 友人のすすめ
装置について優先順位をつけてください (1~6でお答えください)	() 痛みが少ない () 目立たない () 食事がしやすい () 価格が安い () 治療期間が短い () 虫歯になりにくい
全身的な病気で通院されていますか	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 内科的な病気() <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科的な病気() <input type="checkbox"/> 整形外科的な病気() <input type="checkbox"/> その他の病気()
日常的に服用している薬はありますか	<input type="checkbox"/> ステロイド製剤・免疫抑制剤 <input type="checkbox"/> 骨粗しょう症の薬 <input type="checkbox"/> 血が固まらない薬 <input type="checkbox"/> 抗不安・精神薬 <input type="checkbox"/> 痛み止め <input type="checkbox"/> その他()
アレルギーはありますか	<input type="checkbox"/> アレルギーはない <input type="checkbox"/> 金属アレルギーがある <input type="checkbox"/> フルーツやナッツ類のアレルギーがある <input type="checkbox"/> その他の食べ物のアレルギー() <input type="checkbox"/> 化膿止めの薬にアレルギーがある <input type="checkbox"/> 歯科麻酔の薬にアレルギーがある <input type="checkbox"/> ハウスダストや花粉症がある
その他の症状についてお答えください	<input type="checkbox"/> いつも口が開いている <input type="checkbox"/> 鼻が詰まりやすい <input type="checkbox"/> 爪をかむ <input type="checkbox"/> タオルやおもちゃをかむ <input type="checkbox"/> あごを前に出す <input type="checkbox"/> タバコを吸う <input type="checkbox"/> 食が細い <input type="checkbox"/> 貧血がある <input type="checkbox"/> 片頭痛がある <input type="checkbox"/> 朝起きられない

表明・確約および同意事項

私は現在または将来にわたって、次の反社会勢力のいずれにも該当しないことを表明・確約します。また密接な交友関係にないことを表明・確約します。
(暴力団、暴力団員、暴力団準構成員、暴力団関連企業、総会屋、社会運動等標榜ゴロ、暴力団員でなくなってから5年を経過していない者、その他前各号に準ずる者)

私は問診票回答事項および今後の矯正歯科学的資料が、個人が特定出来ないかたちで学術的・専門的に利用されることに同意します。

回答者署名
