

平成 年 月 日

| | | | | | |
|-----------------|---------|------------------|---|-------|-------|
| お名前(ふりがな) | 男・女 | 明・大 昭・平 | 年 | 月 | 日生(才) |
| ご住所 〒 | TEL () | | | | |
| ご職業 | 勤務先名 | TEL | () | 内線() | |
| ご紹介者があればお書きください | 様 | 携帯mail E-mail | 今後このアドレスに情報を 配信してもよろしいですか? はい いいえ | | |

1. あなたの健康状態は? : 良 普通 不良
2. 病気は? : 消化器(胃・腸)、呼吸器(肺・気管)、血圧、心臓、脳、肝臓、糖尿病、その他()
3. 現在入れ歯に対しての不満は?
 - a. よく噛めない
 - ア. 片側で物を噛むと入れ歯がうごく
 - イ. 前歯で噛むとはずれる
 - ウ. 噛むと歯肉が痛む
 - エ. いつもどこかに傷ができる
 - オ. 食物が細かくできない
 - カ. くい切りが悪い
 - キ. 頬や舌を噛みやすい
 - ク. 食べにくい物は(例.)
 - e. 食べ物が入れ歯の下に溜まりやすい
 - f. 口の中が乾きやすい
 - g. 舌ざわりが悪い
 - h. 話しがしにくい
 - i. 発音が悪いと言われる
 - j. 吐き気がする
 - k. 入れ歯が大きすぎる感じがする
 - l. 入れ歯が浮き上がる感じがする
 - m. 外観が気に入らない
 - n. 入れ歯がこわれた
 - o. 作りかえの時期と思う
4. 上の3.での質問の中で最も不満なもの、改善してほしいのはどれですか。
3コ順番に記入して下さい。()
5. あなたの職業上、趣味の中で特に留意してほしい点は何でしょう
()
6. 総入れ歯になった原因は?
()
7. それは何年前、何歳のときですか
()
8. 今まで何回作りかえましたか
()
9. 清掃法についてどんな指導がありましたか
()
10. 新しい入れ歯が出来たらぜひ食べてみたいものは何ですか
()
11. 完成まで約3ヶ月程最低通院が必要ですが、当歯科医院の指示通り通院ができますか
()
12. 使用する材料について特に希望されるものがありますか
()
13. お若いときの写真はありますか。ない場合、歯ならび、形、大きさ、おぼえていますか
()
14. 御自身で再現してほしいことは
()
15. その他何かありますか
()

遠藤歯科医院 03-3618-3836

住所 : 〒131-0043 東京都墨田区立花5-26-10

TEL : 03-3618-3836

FAX : 03-3617-2211

診療日 : 完全予約制 / 火・木・土 (10:00 ~ 18:00)

日曜日(遠方の患者様 土・日で早く完成させてゆきます。)

学会・研修会にて休診日あり。

