



SMILE PLAN 初診カウンセリングシート

ふりがな
氏名： _____ 男・女 生年月日：昭和・平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 歳

住所：〒 _____ 職業 _____
 自宅 () _____
 携帯電話 () _____
 メールアドレス _____ @ _____

本日はどうされましたか？
歯が痛い 痛みはないが虫歯がある 詰め物、被せ物が取れた 検診希望 歯ぐきが腫れた
歯石取り、クリーニング希望 インプラント相談 セラミック治療相談（詰め物、被せ物）
ホワイトニング希望 矯正相談（歯の隙間、歯並び）
その他（ _____ ）

それほどの部位ですか？
右上 上前歯 左上 右下 下前歯 左下 その他
 入れ歯は入ってらっしゃいますか？ はい いいえ

前回の治療についてお聞きします。
 *約（ _____ 年 _____ ヶ月）前・・・治療は一通り終了している 治療途中で止まっている
 *今までに通院された医院で困ったこと、してほしくないことはありますか？
 （ _____ ）

当院を知って頂いたきっかけは？ 当てはまるすべてにチェックをお願い致します。
ホームページ（検索キーワードは _____ ）
 （HPの中で興味を持たれたのは？ 内外装 ドクター経歴 フィロソフィー 親知らず
診療内容 マイクロスコープ 託児などのサービス面
その他 _____
通りかかり
ソーシャルメディア（Instagram LINE Facebook）
雑誌・新聞・地元情報紙 メディア名（ _____ ）
ご紹介（ご家族 _____ 知人 _____ ）
駅看板を見た
 お名前をできるだけフルネームでご記入下さい。ご紹介者には粗品をご用意させていただいております。
その他（ _____ ）

これまでに次のような病気はございますか？
糖尿病 心臓病 高血圧 低血圧 腎臓病 肝臓病
肝炎（ _____ 型） ぜんそく 精神病 特にない
その他（病名 _____ ）
妊娠中（ _____ 週目、 _____ 年 _____ 月出産予定） 授乳中（お子様の年齢 _____ 才 _____ ヶ月）

現在飲んでいる、または薬剤のアレルギーなどはございますか？
ない ある（薬品名 _____ ）
薬アレルギー（薬品名 _____ ）

通院できる予定をご記入ください
 来院可能曜日を下記より○もしくは×でご記入ください。
 来院期限が決まってらっしゃる患者様は
 下記にご記入願います。 _____ 年 _____ 月 _____ 日までに終了希望

	月	火	水	木	金	土	日
9:30 - 13:00							
13:00- 17:00							
17:00- 19:00							

理由 _____

現在休診している曜日も含んでおりますが、ご自身のご都合の良いすべての日程の記入をお願いします。

初診カウンセリング担当者（担当： _____ ）