

女性の方へ	<input type="checkbox"/> 妊娠中（ 週目） 予定日（ 月 日） <input type="checkbox"/> 授乳中
12.妊娠中・授乳中の方へ ご希望はありますか	<input type="checkbox"/> 安定期の間に治療してほしい <input type="checkbox"/> 出産してから治療してほしい <input type="checkbox"/> 安定期に入ってからレントゲン撮影をしてほしい <input type="checkbox"/> 出産してからレントゲン撮影をしてほしい <input type="checkbox"/> 授乳が終わってからレントゲン撮影をしてほしい <input type="checkbox"/> その他（具体的に: _____)
13.診療のご希望はありますか	<input type="checkbox"/> 診査・診断をして全体的に治療してほしい <input type="checkbox"/> 保険の適用範囲で治したい <input type="checkbox"/> 保険以外の治療についても先生と相談したい <input type="checkbox"/> その他（ _____)
14.間食について	<p>•よく食べるものはありますか（複数回答可）</p> <input type="checkbox"/> ガム <input type="checkbox"/> あめ <input type="checkbox"/> キャラメル <input type="checkbox"/> チューイングキャンディー <input type="checkbox"/> グミ <input type="checkbox"/> チョコレート <input type="checkbox"/> クッキー <input type="checkbox"/> おせんべい <input type="checkbox"/> その他（具体的に: _____)
	<p>•よく飲むものはありますか（複数回答可）</p> <input type="checkbox"/> 砂糖入りのコーヒー・お茶類 <input type="checkbox"/> 無糖のコーヒー・お茶類 <input type="checkbox"/> 炭酸飲料 <input type="checkbox"/> 果汁入り飲料 <input type="checkbox"/> 乳酸菌飲料 <input type="checkbox"/> スポーツ飲料 <input type="checkbox"/> 栄養ドリンク <input type="checkbox"/> アルコール飲料（具体的に: _____) <input type="checkbox"/> その他（具体的に: _____)
	<p>•1日の飲食回数（間食を含む）</p> <input type="checkbox"/> 0回 <input type="checkbox"/> 1~3回 <input type="checkbox"/> 4~5回 <input type="checkbox"/> 6~7回 <input type="checkbox"/> 8回以上
15.歯磨きについて	<p>•いつ歯を磨きますか</p> <input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> おやつ後 <input type="checkbox"/> 夕食後 <input type="checkbox"/> 就寝前
	<p>•歯ブラシはどんなものを使用していますか</p> <input type="checkbox"/> かため <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> やわらかめ <input type="checkbox"/> 電動歯ブラシ
	<p>•歯ブラシ以外で使用しているものはありますか</p> <input type="checkbox"/> デンタルフロス <input type="checkbox"/> 糸ようじ <input type="checkbox"/> 歯間ブラシ <input type="checkbox"/> タフトブラシ <input type="checkbox"/> マウスウォッシュ <input type="checkbox"/> その他（具体的に: _____)
	<p>•フッ素を使用していますか</p> <input type="checkbox"/> フッ素配合の歯磨き粉を使用してしっかりとゆすいでいる <input type="checkbox"/> フッ素配合の歯磨き粉を使用して少量の水でゆすいでいる <input type="checkbox"/> 自宅でフッ素ジェル塗布やフッ化物洗口を行っている <input type="checkbox"/> 歯科医院で定期的にフッ素塗布を行っている <input type="checkbox"/> フッ素は使用していない又は歯磨き粉を使用していない
16.癖はありますか (複数回答可)	<input type="checkbox"/> 爪を噛む <input type="checkbox"/> 唇を噛む <input type="checkbox"/> 歯ぎしりをする <input type="checkbox"/> くいしばっていることがある <input type="checkbox"/> 呼吸 <input type="checkbox"/> その他（具体的に: _____)
17.タバコを吸いますか	<input type="checkbox"/> はい（1日 本/ 歳~） <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 過去に吸っていた（1日 本/ 年間）
18.予約についてのご希望	<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木(午前のみ) <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土/ <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 <input type="checkbox"/> ____時頃
19.その他	ご希望・特記事項があれば記入願います

※個別の診療報酬算定項目の分かる明細書を発行しています。必要な方はチェックを付けて下さい。

※お取りした資料は学会等で使用することがあります。ご承諾頂けない方はチェックを付けて下さい。

※上記の個人情報治療以外の目的で使用致しません。ご協力有難うございました。 阿部デンタルオフィス