

Consulting Questions

No. _____

受付 _____ 年 月 日



Name	<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female		Date of birth		
	last name	first name	year	month	day
Address	〒			Phone	
Nationality		Language		Occupation	
E-Mail					

***Check all corresponding answers.**

*Do you speak Japanese? No A little Yes

*How did you know our clinic? Website Person's name for introduction()
online review others()

1) What is your problem? どうされましたか?

- toothache 歯が痛い loss of teeth filling 詰め物がとれた
- gums pain 歯茎が痛い false teeth 入れ歯
- medical examination 検診 teeth cleaning 歯のクリーニング whitening ホワイトニング
- uneasiness of jaw 顎が気になる
- others ()

2) Have you had any teeth pulled out?

- 今までに歯を抜いた事がありますか? No Yes
- any problems?
- 歯を抜いた時に問題がありましたか? No Yes

3) Have you ever been administered an anesthetic?

- 今までに麻酔をした事がありますか? No Yes
- any problems?
- 麻酔をした時に問題がありましたか? No Yes

4)How's your health condition?

現在の健康状態は? Good Not so bad Bad

For women only 女性の方のみ

- Currently menstruating 生理中
- Pregnant(months) 妊娠中
- Lactation 授乳中

Are you a carrier of HIV , hepatitis B or C? No Yes(hepatitisB hepatitisC HIV)

Has this disease been cured? No Yes