

# 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