

6. 過去又は、現在内科的な病気はありますか？

- ない ある
- 肝臓(A/B/C/慢性/アルコール)肝炎
- 心臓 骨粗しょう症 うつ病
- じん臓 膠原病
- 胃腸 甲状腺
- 糖尿 (発症の時期: 現在の数値 /)
- 高血圧(発症の時期: 現在の数値 /)
- その他()

7. 現在、他に通院されていますか？

- いいえ はい(病院名 科) (病名)

8. 女性の方へ

- 現在、妊娠していますか？ いいえ はい(ヶ月) 可能性がある
- 授乳中ですか？ はい いいえ

9. 治療についてのご希望は？

- 悪いところは全部治したい 気になるところだけ治したい
- 1回の治療時間は長くてもいいが、なるべく回数を少なくしたい
- 1回の治療時間はなるべく短く、回数がかかってもよい

10. つめ物・かぶせものは金属ではなく、白くきれいで自然なものを使いたいですか？

- はい いいえ 説明をしてほしい

11. 喫煙の習慣はありますか？

- ない ある(1日 本/ 箱)

12. 今後の予約について

- いつでも 午前
- () 曜日希望 午後

13. その他、ご希望等ございましたらご記入ください。
