

ホワイトニングカウンセリングシート

本日はご来院頂きまして、誠にありがとうございます。この問診表はホワイトニングを安心して受診していただく為にご記入していただくものです。サービス向上のため簡単なアンケートにご協力ください。

お名前

性別

女 ・ 男

ご住所

生年月日

西暦

年 月 日

電話番号

() -

ご職業

会社員

会社役員

公務員

主婦

パート・アルバイト

学生

その他 ()

1

ホワイトニングをご希望された理由やお悩みをご記入ください。

()

2

ホワイトニングのご経験はありますか？

いいえ : はい (いつ頃 年 月)

3

『はい』の方におたずねします。その時満足されましたか？

満足した : 満足しなかった (理由:)

4

受けるホワイトニングの種類は決まっていますか？

いいえ : はい (オフィスホワイトニング ・ ホームホワイトニング)

5

種類の決まっている方におたずねします。

(決めた理由:)

6

現在何かの疾患で通院中ですか？

いいえ : はい (病名:)

7

アレルギーはありますか？

いいえ : はい (薬 ・ 食べ物 ・ 太陽光線、 ・ ホコリ ・ その他)

8

脱毛、その他美容的治療、光線治療などでドクターストップを言われたことはありますか？

いいえ : はい (いつ頃 年 月)

9

過去に病院で無カタルーゼ症と診断されたことはありますか？

いいえ : はい

10

現在、授乳中・妊娠中、あるいはその可能性はありますか？

いいえ : はい (出産予定日 年 月)

11

以前、歯に強い衝撃を受けたことがありますか？

いいえ : はい

12

喫煙されていますか？

いいえ : はい

13

コーヒー、お茶、赤ワイン、コーラなど1日に多く摂取しますか？

いいえ : はい

ご協力ありがとうございました。