

ホワイトニング問診表

様

記入日付 _____ 年 月 日

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頂くものです。
内容は当院診療関係者以外の目に触れるものではありません。ご安心くださいませ。

* 現在何かの疾患で通院中ですか？

いいえ : はい (病名 _____)

* アレルギーがありますか？

いいえ : はい (薬、食べ物、太陽光線、ほこり、その他 _____)

* 6ヶ月以内に目の病気になったり近視、乱視矯正手術を行いましたか？

いいえ : はい

* 3ヶ月以内にピーリング（老化角質除去手術）などの美容外科手術を行いましたか？

いいえ : はい

* 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せんか？

言われていない : 言われた (_____ 年 月頃)

* 過去に病院で無カタラーゼ症と診断されたことはありますか？

いいえ : はい

* 現在、授乳中、妊娠中、あるいはその可能性がありますか？

いいえ : はい (出産予定日 _____ 年 月)

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

* 喫煙されますか？

いいえ : はい (1日 _____ 本)

* 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

* 受けたいホワイトニングの種類は決まっていますか？

オフィスホワイトニング : ホームホワイトニング : 相談して決めたい

* 種類の決まっている方におたずねします。

決めた理由 (_____)

* ホワイトニングの経験はありますか？

いいえ : はい (_____ 年 月頃) 名称 (_____)

* 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 (その理由 _____)

* ホワイトニング終了時期に期限がありますか？

いいえ : はい (_____ 年 月 日)