

<p>7.今までにされた病気や持病、もしくは入院や手術の経験はありますか？もしくは先天性の疾患がありますか？</p>	<p><input type="checkbox"/>ない <input type="checkbox"/>ある ※「ある」と答えた方、以下の欄にお答えください</p> <p><input type="checkbox"/>心臓病 <input type="checkbox"/>糖尿病 (数値 空腹時血糖値 _____ HbA1c _____ %)</p> <p><input type="checkbox"/>血液疾患 <input type="checkbox"/>高(低)血圧 (数値 _____ ~ _____) <input type="checkbox"/>ぜん息</p> <p><input type="checkbox"/>肝炎 <input type="checkbox"/>腎臓病 <input type="checkbox"/>ちく農症 <input type="checkbox"/>悪性腫瘍 <input type="checkbox"/>その他(_____)</p>
<p>8.他の医療機関にかかっていますか？</p>	<p>医療機関名: [_____]</p> <p>※他の医療機関にかかっている場合、紹介状はお持ちですか？ : はい・いいえ</p>
<p>9.常用薬はありますか</p>	<p>薬品名: [_____]</p>
<p>10.この1年間で特定健診及び、後期高齢者健診を受診しましたか？</p>	<p><input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ</p> <p>※特定健診とは、生活習慣病の予防を目的とした健診のことです。 対象者(国民健康保険や職場の社会保険に加入の40歳～74歳の方)</p>
<p>11.生活習慣(お酒・たばこ)について教えてください</p>	<p>【お酒】</p> <p><input type="checkbox"/>飲まない <input type="checkbox"/>ときどき飲む <input type="checkbox"/>毎日飲む</p> <p>【たばこ】</p> <p><input type="checkbox"/>吸わない <input type="checkbox"/>紙たばこを吸う(1日 _____ 本) <input type="checkbox"/>電子たばこを吸う(1日 _____ 本)</p> <p><input type="checkbox"/>禁煙した(_____ 年前から _____ か月前から)</p>
<p>12.骨粗鬆症の薬を飲んでいますか？</p>	<p><input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ</p>
<p>13.女性の方に質問です</p>	<p><input type="checkbox"/>現在妊娠中、または妊娠の可能性がある</p> <p><input type="checkbox"/>現在授乳中である</p>
<p>14.ご来院可能な曜日、時間帯について</p>	<p>火・水・木・金・土・日</p> <hr/> <p>どの時間でも 午前 (9:00～) 午後 (14:30～) 夕方 (17:00～)</p>
<p>15.一番最近に歯科へ行ったのはいつですか？</p>	<p>[_____]</p>
<p>16.過去の歯科治療で満足できなかったことを教えてください</p>	<p>[_____]</p>
<p>17.当院をお知りになったきっかけは何ですか</p>	<p><input type="checkbox"/>WEB検索 (Google・Yahoo!・その他 (_____)) <input type="checkbox"/>Googleマップ</p> <p><input type="checkbox"/>SNS広告 (Instagram・LINE・Facebook・X (旧Twitter))</p> <p><input type="checkbox"/>友人・知人の紹介</p> <p><input type="checkbox"/>口コミサイト(E-PARK)</p>
<p>18. 17.で「WEB検索」を選択された方は、差し支えなければ、どのように検索したか教えてください。</p>	<p>[_____]</p> <p>※例:府中 歯医者、多摩 インプラントなど</p>
<p>19. 17.で「知人の紹介」を選択された方は、差し支えなければ、ご紹介者のお名前を教えてください</p>	<p>[_____]</p>

