くらたやま矯正歯科
ホワイトニング問診票

(秘密厳守)

令和　　年　　月　　日

安全にホワイトニングを受けていただくため、以下の質問にお答えください。

フリガナ
お名前：

生年月日：西暦　　年　　月　　日 (　　歳)

ご住所：〒

連絡先：

定期的に歯医者は行っていますか： はい　・　いいえ (歯科医院の名前:　　)

1.当院でホワイトニングを行っていることを、どのようにお知りになりましたか？

□ご紹介(　　)
□Instagram・Tiktok　□ホームページ　□院内の案内・掲示物
□当院に通院中に知った　□その他(　　)

2.ホワイトニングをしたいと思ったきっかけを教えてください。(複数回答可)

□歯の黄ばみが気になった　□鏡を見たときに気になった
□写真や動画に写った自分の歯が気になった　□家族・友人などから言われた
□結婚式や成人式などの予定がある　□就職・面接・仕事のため
□矯正治療が終了した、または終了予定のため　□身だしなみ・美容の一環として
□その他(　　)

3.ホワイトニングをしたい一番の理由を教えてください。

□歯の黄ばみを改善したい　□自然な明るさにしたい　□できるだけ白くしたい
□笑顔に自信を持ちたい　□写真をきれいに残したい　□大切な予定に向けて白くしたい
□その他(　　)

具体的なお悩みやご希望をご記入ください。

4.いつまでに白くしたいですか？

□特に期限はない　□出来るだけ早く白くしたい　□期限・予定がある

希望日：　　年　　月　　日

ご予定：□結婚式　□成人式　□前撮り・写真撮影
□卒業式・入学式　□就職・面接　□旅行　□イベント
□その他(　　)

※ご希望の日までに十分な効果が得られない場合があります。余裕をもってご相談ください。

5.ご希望の白さを教えてください

□今より少し明るく、自然な白さにしたい　□周囲から白くなったと分かる程度にしたい

□できるだけ白くしたい　□相談して決めたい

6.ご希望のホワイトニングをお選びください

□オフィスホワイトニング　□ホームホワイトニング

□デュアルホワイトニング　□相談して決めたい

7.これまでにホワイトニングをしたことがありますか？

□ない　□ある

「ある」と答えた方はご記入ください。

時期：

方法：□歯科医院でのオフィスホワイトニング　□歯科医院でのホームホワイトニング

□市販のホワイトニング用品　□その他(　　)

効果：□満足した　□あまり変化を感じなかった　□覚えていない

使用中・施術後の症状：□特になし　□歯がしみた

□歯や歯ぐきに痛みが出た　□その他(　　)

8.【健康状態について】

質問	はい	いいえ
現在、妊娠中・妊娠の可能性・授乳中のいずれかに該当しますか	□	□
気管支炎または喘息がありますか	□	□
光線過敏症または無カタラーゼ症と診断されたことがありますか	□	□
アレルギー体質、または薬剤・食品・化学物質などで	□	□
アレルギー症状がでたことがありますか		
現在、病気や感染症の治療で医療機関に通院していますか	□	□
現在、服用・使用している薬はありますか	□	□

「はい」と答えた項目についてご記入ください

病名・症状・アレルギー：

服用・使用中のお薬：

9.【お口の状態ついて】

質問	はい	いいえ
現在、むし歯や治療中の歯がありますか	□	□
歯がしみる、痛む、違和感があることがありますか	□	□
前歯に詰め物・被せ物・差し歯がありますか	□	□
口を大きく開けるとあごが痛い、または音が鳴ることがありますか	□	□

10.その他、ご質問ご要望がありましたらお書きください。

ご記入いただく項目は以上です。ありがとうございました。

KURATAYAMA
orthodontic clinic