

◎お名前 : \_\_\_\_\_

通常かかっている歯科医 : \_\_\_\_\_ 電話番号 : \_\_\_\_\_

◎かかりつけの歯科医師 : \_\_\_\_\_ 電話番号 : \_\_\_\_\_

◎最後に治療を受けた日 : \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

どの様にティースアートのブライトホワイトをお知りになりましたか？(○をお付けください)

テレビ ・ ラジオ ・ 新聞 ・ 雑誌 ・ インターネット ・ ティースアートの他店 ・ SNS (instagram ・ Twitter ・ Facebook) ・ その他 ( \_\_\_\_\_ )

最後に歯の検査を受けてからどの位になりますか？

0~3ヶ月 ・ 3~6ヶ月 ・ 6~12ヶ月 ・ 12~16ヶ月 ・ 16~24ヶ月 ・ 2年以上

現在どのような症状にお気づきですか？

- 口の開閉が上手くいかない(顎関節症)  前歯に詰め物がある  ひび又は欠けた歯がある  
 歯にかなりの磨耗が見られる  歯茎に後退した部分がある  
 神経を抜いたことがある  口内にただれや腫れがある  
 外傷や抗生物質、内分泌系の薬などの影響で歯の色が着色している  
 歯磨きやデンタルフロスをする歯茎から血が出る

嗜好品(よく口にされる物)

コーヒー ・ 紅茶 ・ 赤ワイン ・ コーラ ・ ウーロン茶 ・ たばこ

過去、又は下記に該当するものがありますか？

- ガン  白血病  HIV  心臓病(ペースメーカー)  
 肝炎  血液の障害  胃の障害  自己免疫疾患(膠原病)  
 高血圧  ぜんそく  無カタラーゼ血症  失神/発作(てんかん)  
 呼吸器疾患  ヘルペス  紫外線アレルギー  その他アレルギー  
 知覚過敏症  首や腰の障害  生理中

◎現在、下記の薬剤を使用していますか？

- ダイクロライド(降圧剤)  ハイグロトン(降圧剤)  ナイキサン  アルボ  
 レリフェン  フェルデン  バキソ  クリノリル  
 シプロキサ  ビブラマイシン  アクロマイシン  ミノサイクリン  
 バクシダール  オクソラレン  ダリビット  ベサノイド(白血病)  
 フルオロウラシル  精神安定剤  クラバモックス  フェロミア(鉄剤)  
 オグメンチン  テルビナフィン(癌)  ビカルタミド(癌)  湿布薬(モーラス  
テープ)  
 (サプリメント)  クロレラ  5-アミノレブリン酸(5-ALA)

◎これまでに受けた手術 : \_\_\_\_\_

◎その他の病気や障害・症状 : \_\_\_\_\_

上記のアンケートにお答え頂き、ホワイトニングに関する注意事項をお読み頂きましたらご署名ください。

署名 \_\_\_\_\_ 日付 \_\_\_\_\_

&lt;妊娠中および授乳中の方&gt;

妊娠中および授乳中の安全性については確立されていませんが、これに同意します。