

ホワイトニング予診票

ご記入日 年 月 日

フリガナ		生年月日	西暦	年	月	日
氏名		年齢				才

この予診票はホワイトニングを安心して受診していただく為に記入いただくものです。

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。

- 1 アレルギーがありますか？ いいえ 薬 食べ物 太陽光線 ほこり その他 ()
- 2 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 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
- 4 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？
 言われていない 言われた () 年 () 月ごろ
- 5 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
- 6 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
- 7 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
- 8 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 デュアルホワイトニング 相談して決めたい
- 9 種類が決まっている方におたずねします。 (決めた理由:)
- 10 ホワイトニングの経験はありますか？ いいえ はい () 年 () 月ごろ / 名称 ()
- 11 10で「はい」とお答えの方で、その時満足されましたか？
 満足した 満足しなかった (理由:)
- 12 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 () 月ごろ

ご通院いただく上での大切なお知らせです。必ずお読みいただき確認のチェックをお願いいたします。

キャンセル・日時変更について

オフィスホワイトニングの場合、患者様のご都合によるご予約のキャンセル・日時変更については、ご予約日の前々日の診療時間中（前々日が休診の場合はその前診療日の診療時間中）までにお電話にてご連絡ください。留守番電話ではお受けしておりません。前日（前日が休診日の場合その前日の診療時間内）でのキャンセル・変更の場合には、消毒・滅菌・その他の準備費用として3,000円（税別）、当日または無断キャンセルの場合は交通事情・駐車場状況に関わらず5,000円（税別）を申し受けます。尚、10分以上の遅刻につきましては当日キャンセル扱いとさせていただきます、原則その日の治療はお受け致しかねますのでご注意ください。度重なる遅刻や無断キャンセルがあった場合、累積4回目以後は倍額のキャンセル料を申し受けますので予めご了承ください。※体調不良の場合、診断書をご持参頂けましたらキャンセル料は頂きません。