

# 診 療 申 込

(フリガナ)			
お名前		男	生年月日 (満 歳)
		女	明・大・昭・平 年 月 日
ご住所	〒	お電話番号 ( ) 携帯番号 (緊急連絡先として) ( )	
ご勤務先 (学校名)		E-mail	

どうなさいましたか	<input type="checkbox"/> 歯が痛い ( 咬むと痛い ・ 何もしてなくても痛い ) <input type="checkbox"/> しみる <input type="checkbox"/> つめものが取れた <input type="checkbox"/> 歯ぐきから出血する <input type="checkbox"/> 入れ歯が合わない / 入れ歯を作りたい <input type="checkbox"/> 歯石を取りたい <input type="checkbox"/> 検診をしてほしい <input type="checkbox"/> その他 ( )
当院をお知りになった理由は	<input type="checkbox"/> 知人・家族からの紹介 (ご紹介者名: _____) <input type="checkbox"/> 建物を見て <input type="checkbox"/> 近いから <input type="checkbox"/> タウンページを見て <input type="checkbox"/> ホームページを見て <input type="checkbox"/> その他 ( )
前回歯科治療をうけられたのは?	<input type="checkbox"/> ( ) ヶ月前 ・ 年前 <input type="checkbox"/> 初めて <input type="checkbox"/> 覚えていない
予約についてのご希望があれば	・ 来院できる時間帯 <input type="checkbox"/> 午前 _____ 時頃 <input type="checkbox"/> 午後 _____ 時頃 ・ 来院できる曜日 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土
現在の健康状態は	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 不良 ※女性の方のみ <input type="checkbox"/> 妊娠中 ( _____ ヶ月)
今までにかかった病気は	<input type="checkbox"/> 特にない <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 低血圧 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> 肝炎 <input type="checkbox"/> その他 ( )
現在飲んでいる薬はありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (薬名 _____) ※お持ちの方はお薬手帳のご提示をお願い致します
薬のアレルギーはありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (薬名: _____)
以前に歯を抜いたことがありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ⇒その時異常はありましたか? <input type="checkbox"/> 気分が悪くなった <input type="checkbox"/> 血が止まりにくかった <input type="checkbox"/> その他 ( )
血圧の状態は	<input type="checkbox"/> 高い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 低い 最高: _____ 最低: _____
どのような治療をご希望されますか (複数回答可)	<input type="checkbox"/> 保険診療内での治療 <input type="checkbox"/> 歯の長持ちを重要視した治療 <input type="checkbox"/> 見た目を重要視した治療 <input type="checkbox"/> 状況に応じて自由診療も含めた治療 <input type="checkbox"/> 金額、期間は問わずに自分にとって最善の治療

何か心配なこと、ご希望などがありましたらご記入ください。