

診 療 申 込 書

年 月 日

フリガナ
氏名

男・女 明大昭平 年 月 日 生 満 歳

(〒 -)

電話 ()

現住所

携帯 ()

E-mail

職業（勤務先など）

電話 ()

（連絡しても良い所に を付けてください。）

【お願い】 当医院では、より良い治療を受けて頂くために次の事項にお答え頂いております。
該当するものを で囲んでください。

- (1) どうなさいましたか？
- ・虫歯の治療がしたい
 1. しみる
 2. 痛い
 3. かめない
 - ・入歯を作りたい
 - ・歯を抜きたい
 - ・歯間から血やうみが出る
 - ・つめもの、かぶせものが取れた、こわれた
 - ・歯石をとってほしい
 - ・その他 ()
- (2) 現在のお身体の具合はいかがですか？
- ・特に異常はない
 - ・病院に通っている (内科、外科、その他)
 - ・薬を飲んでいる (種類)
 - ・妊娠している
 - ・貧血をおこしやすい
- (3) 今まで下記の病気にかかったことがありますか？
- ・心臓の病気
 - ・肝臓の病気 (肝炎、その他)
 - ・腎臓の病気
 - ・糖尿病
 - ・ぜんそく
 - ・高血圧又は低血圧
 - ・その他 ()
 - ・特になし
- (4) 薬の副作用、アレルギー、特異体質はありませんか？
- ・ない
 - ・ある (具体的に)
- (5) 歯を抜いたことがありますか？
- ・ない
 - ・ある (いつ頃ですか)
- (6) 歯を抜いたときに異常はありませんでしたか？
- ・ない
 - ・ある (具体的に)
- (7) 麻酔の注射で気分が悪くなったことがありますか？
- ・ない
 - ・ある (具体的に)
- (8) 診療費について
- ・保険の範囲内で治療したい
 - ・なるべく保険の範囲内として、保険のきかないところは私費でもかまわない
 - ・よく相談して決めたい
- (9) 希望診療時間帯について
- ・平日昼間
 - ・平日夕方
 - ・土曜日
 - ・特に希望なし
- (10) 当歯科医院をお知りになったきっかけについて
- ・知人からの紹介
お名前 ()
 - ・当院の前を通った時に気づいた
 - ・NTTのタウンページ (電話帳)
 - ・インターネットのホームページ
 - ・電柱などの看板
 - ・その他 ()

