

診療申込書

年 月 日

フリガナ
氏名

男・女

大・昭・平

年

月

日生

歳

〒

現住所

電話 ()

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

※当医院では、より良い治療を受けて頂くために下記の事項にお答えいただいております。

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

・入れ歯を作りたい

・歯を抜きたい

・歯間から血やうみが出る

・詰め物、かぶせ物が 取れた 壊れた

・歯石を取って欲しい

・歯科健診を受けたい

・口腔がん検診を受けたい

・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 () 科)

・妊娠している () 週目)

・貧血をおこしやすい

③ 現在、お薬を服用又は注射されていますか？

・はい ・いいえ

はい の方は下記に○をして、お薬の名前がわかれば

()内にお書きください。

・高血圧 ()

・心臓病 ()

・骨粗しょう症(BP製剤) ()

・抗がん剤 ()

・その他 ()

④ 薬の副作用、アレルギー、特異体質はありますか？

・ない ・ある(具体的に)

⑤ 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

・高血圧または低血圧

・糖尿病

・その他()

⑥ 歯を抜いたことがありますか？

・ない

・ある(いつ頃ですか)

⑦ 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)

⑧ 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)

⑨ 診療について

・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、
保険のきかない所は自費でもかまわない

・よく相談して決めたい

⑩ 希望診療時間について

・平日昼間

・平日夕方

・土曜日

・特に希望なし

⑪ 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がついた

・ホームページ

・インターネット(サイト名)

・EPARK(イーパーク)

・タウンページ

・電柱などの看板

・その他()



千代田ファーストビル歯科

—Chiyoda First bldg.Dental Clinic—