

# 診療申込書

(フリガナ)			男	生年月日	(満	歳)
お名前			女	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 (しみる、ズキズキいたい、かむと痛い、はれている、その他 ) <input type="checkbox"/> 口臭がある <input type="checkbox"/> 歯ぐきから血が出る <input type="checkbox"/> の口の中にできものがある <input type="checkbox"/> 入れ歯が合わない / 入れ歯を入れたい <input type="checkbox"/> 顔がはれている <input type="checkbox"/> 歯石を取りたい <input type="checkbox"/> 検診をしてほしい <input type="checkbox"/> 歯並びが気になる <input type="checkbox"/> インプラント治療の相談 <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"/> リーフレット <input type="checkbox"/> 建物を見て <input type="checkbox"/> 駅看板を見て <input type="checkbox"/> 近いから <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> 2階の教室を利用して <input type="checkbox"/> その他 ( )
---------------	---

前回歯科治療を受けられたのは?	<input type="checkbox"/> 当院で ( 年 月 ) <input type="checkbox"/> 他院で ( 年 月 )
-----------------	--

以前に麻酔をされたことがありますか?	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ⇒ その時異常はありましたか? <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 気分が悪くなった <input type="checkbox"/> その他 ( )
--------------------	--

診療についてご希望があれば (複数回答可)	<input type="checkbox"/> 一度にたくさん治療し、来院回数を少なくしてほしい <input type="checkbox"/> 痛いところ、困っているところだけでなく、お口の中全体を治してほしい <input type="checkbox"/> 月 日までに治療を終えてほしい <input type="checkbox"/> 来院の回数は増えても、一度の治療は少しずつにほしい <input type="checkbox"/> 極端に“こわがり”なので、注意してほしい <input type="checkbox"/> 痛いところ、困っているところだけを治してほしい
-----------------------	--

予約についてのご希望があれば	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 来院できる時間帯 <input type="checkbox"/> 午前 時頃 <input type="checkbox"/> 午後 時頃</li> <li>・ 来院できる曜日 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土</li> </ul>
----------------	---

治療で優先するものは (複数可)	<input type="checkbox"/> 耐久性がある <input type="checkbox"/> 見た目が良い <input type="checkbox"/> 再発がない <input type="checkbox"/> よく噛める
------------------	---

今までにかかった病気は	<input type="checkbox"/> 特になし <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"/> HIV <input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> 骨粗しょう症 <input type="checkbox"/> その他 ( )
-------------	--

次のようなことがありますか?	<input type="checkbox"/> アレルギーがある ( ) <input type="checkbox"/> 喘息がある <input type="checkbox"/> ジンマシンがしやすい <input type="checkbox"/> 口内炎にかかりやすい <input type="checkbox"/> 薬過敏 (薬品名: ) <input type="checkbox"/> 下痢しやすい <input type="checkbox"/> 血が止まりにくい <input type="checkbox"/> 傷が化膿しやすい <input type="checkbox"/> 薬を飲むと胃が悪くなる <input type="checkbox"/> 花粉症 <input type="checkbox"/> 鼻炎 <input type="checkbox"/> その他 ( )
----------------	--

現在飲んでいる薬はありますか?	<input type="checkbox"/> 飲んでいない <input type="checkbox"/> ビタミン剤 <input type="checkbox"/> ホルモン剤 <input type="checkbox"/> 血圧の薬 <input type="checkbox"/> 糖尿病の薬 <input type="checkbox"/> その他 ( )
-----------------	--

喫煙されますか?	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (1日 本) 喫煙歴 ( 歳 ~ 歳)
----------	--

妊娠されていますか?	カ月 予定日 年 月 日
------------	--------------

その他、気になることやご希望がございましたら、ご記入下さい