

初診日 令和 年 月 日

カルテNo.

診療申込書

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

当院をお知りになった理由は	<input type="checkbox"/> 知人・家族からのご紹介 (ご紹介者名:) <input type="checkbox"/> 医院をみて <input type="checkbox"/> 通りがかり <input type="checkbox"/> かかりつけ <input type="checkbox"/> 近いから <input type="checkbox"/> ホームページを見て <input type="checkbox"/> その他()
どうなさいましたか	<input type="checkbox"/> 歯が痛い (痛みのある部位 右・左 上・下 前歯・奥歯) <input type="checkbox"/> 歯ぐきから血が出る <input type="checkbox"/> 歯がぐらぐらする <input type="checkbox"/> 歯を白くしたい <input type="checkbox"/> 歯並び・かみ合わせを治したい <input type="checkbox"/> 入れ歯が合わない/入れ歯を入れたい <input type="checkbox"/> 検診をしてほしい <input type="checkbox"/> 歯の掃除をしてほしい <input type="checkbox"/> その他()
診療についてのご希望を記入ください(複数回答可)	<input type="checkbox"/> 痛いところ、困っているところだけを治療してほしい <input type="checkbox"/> 他に悪いところがあれば、説明を聞いてから他の部位も治してほしい <input type="checkbox"/> 極端に"怖がり"なので、注意してほしい <input type="checkbox"/> 月 日までに治療を終えてほしい <input type="checkbox"/> 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"/> 来院の回数は増えても、一度の治療は少しずつにしてほしい

当院では治療を進めるための記録として、お口の中の写真を撮らせていただくことがあります。よろしいですか？
はい ・ いいえ

予約について 特にご希望があれば ご記入ください	・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"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 特になし
次の病気について 該当するところを ご記入下さい	<input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 脳疾患 <input type="checkbox"/> 胃腸病 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> アレルギー <input type="checkbox"/> 薬疹(薬名:) <input type="checkbox"/> ちくのう症 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> うつ病 <input type="checkbox"/> 高血圧(上 mmHg/下 mmHg) <input type="checkbox"/> 肝炎(家族に肝炎の人がいる・いない) <input type="checkbox"/> その他の病気() 主治医 (病院 先生) 現在飲んでいる薬 () <input type="checkbox"/> 特になし

現在喫煙中である。 はい ・ いいえ はいの場合(喫煙暦 年)

現在妊娠の可能性がある。 はい ・ いいえ はいの場合(妊娠 ヶ月)

今までに手術や抜歯をしたことがありますか。 ある ・ ない

その時、麻酔や手術で気分が悪くなりましたか。 はい ・ いいえ

前回歯科治療を受けられたのは? 年 ヶ月前 歯科医院

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。