

年 月 日

診 療 申 込

| | | | | |
|-----------------|---|--------|----------------------|-----|
| (フリガ) | | 男 | 生年月日 | (満) |
| お名前 | | 女 | 大・昭・平 | |
| ご住所 | 〒 | | お電話番号 () 携帯番号 | |
| 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、はれた、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"/> 口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"/> 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"/> タウンページを見て <input type="checkbox"/> エキテンを見て <input type="checkbox"/> ホームページを見て <input type="checkbox"/> 近いから <input type="checkbox"/> その他 () | | | |
| 前回歯科治療を受けられたのは? | <input type="checkbox"/> 歯科受診が初めて <input type="checkbox"/> (年 月前) に他院にかかった | | | |
| その時の感想は? | <input type="checkbox"/> 痛かった <input type="checkbox"/> 痛くなかった <input type="checkbox"/> 怖かった <input type="checkbox"/> 優しかった <input type="checkbox"/> 通院が大変 <input type="checkbox"/> 便利だった <input type="checkbox"/> 説明してくれなかった <input type="checkbox"/> よく理解できた <input type="checkbox"/> その他 () | | | |
| 診療についてご希望があれば | <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 <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 <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"/> 自分の歯についてのカウンセリング (相談) の時間を設けてほしい | | | |
| 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"/> 木 <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"/> その他 () | | | |
| 次のようなことがありますか | <input type="checkbox"/> 傷が化膿しやすい <input type="checkbox"/> アレルギーがある () <input type="checkbox"/> 湿疹が出やすい <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"/> 喘息がある <input type="checkbox"/> 風邪を引きやすい <input type="checkbox"/> 血が止まりにくい <input type="checkbox"/> 薬を飲むと胃が悪くなる <input type="checkbox"/> 花粉症である <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 () | | | |

| | |
|-------------------------------|---|
| 以前に歯を抜いた 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"/> 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：_____ |
| 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 | |