診　療　申　込

年　月　日

（フリガナ） お名前		男 女	生年月日　（満　歳） 明･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	

本日はどうなさいましたか？	☐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） ☐虫歯がある　☐つめものがとれた　☐入れ歯の調子が悪い　☐フッ素 ☐歯周病の治療をしたい　☐歯石を取りたい　☐検診をしてほしい ☐インプラントをしたい　☐歯並びを治したい　☐ホワイトニングをしたい ☐その他（　　）
当院をお知りになった理由は	☐知人・家族からの紹介（ご紹介者名：　　） ☐口コミ　☐建物を見て　☐道路看板を見て　☐タウンページを見て ☐情報誌を見て　（　ぱど　まみたん　地域新聞　） ☐インターネット（　ホームページ　　その他サイト　） ☐その他（　　）
前回の歯科治療は？	前　くらい
その時の感想は？	☐痛かった　☐痛くなかった　☐怖かった　☐優しかった　☐通院が大変 ☐便利だった　☐説明してくれなかった　☐よく理解できた ☐待ち時間が長かった　☐その他（　　）
診療についてご希望があれば（複数選択可）	☐一度にたくさん治療し、来院回数を少なくしてほしい ☐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 ☐極端に“こわがり”なので、注意してほしい ☐痛いところ、困っているところだけを治してほしい ☐痛いところ、困っているところだけでなく、お口の中全体を診てほしい ☐全て保険適応の範囲内で治療してほしい ☐保険と保険適応外の治療・材料の違いについて説明してほしい
現在の健康状態は	☐良好　☐普通　☐不良　※女性の方のみ　☐妊娠中（　　ヶ月）
今までにかかった病気は？	☐特になし　☐糖尿　☐心臓　☐低・高血圧（　　／　　mmHg） ☐脳血管系　☐腎臓　☐肝臓　☐その他（　　） ⇒通院中の病院　　病(医)院 先生
アレルギーはありますか？	☐花粉　☐金属　☐ぜんそく　☐薬（薬品名：　　） ☐下痢しやすい　☐その他（　　）
現在飲んでいる薬はありますか？	☐ない　☐ある （薬品名：　　）
以前に歯を抜いたことがありますか？	☐いいえ　☐はい　⇒その時異常はありましたか？ ☐気分が悪くなった　☐血が止まりにくかった
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	