

年 月 日

# 診療申込書

愛歯科医院

フリガナ	男	生年月日: 西暦・大・昭・平	年	月	日
お名前	女	電話番号	-	-	-
〒 住所					職業
お約束の確認及び変更、治療上のお知らせなどのご連絡に使用させていただきますのでご記入願います。 ご希望の連絡先は 携帯電話 職場の電話 自宅の電話 携帯電話のメール PCのメール お電話番号 _____ メールアドレス _____ @ _____					

どうなさいましたか？	虫歯の治療 入れ歯の治療 歯の色が気になる 検診希望 その他 ( )	歯周病(歯槽膿漏)の治療 歯ぐきから出血がある 歯並びをなおしたい 歯石取り、クリーニング希望	詰め物が取れた かぶせものが取れた 口臭が気になる
------------	--	--	---------------------------------

お痛みはありますか？	いいえ はい	右上 右下	上前 下前	左上 左下	歯 あごの関節	歯ぐき(歯肉) その他
痛み方は？	ズキズキ痛い 時々痛い その他 ( )	ずっと痛い 冷たいものがしみる	なんとなく痛い 熱いものがしみる			

これまで病気にかかったことがありますか？	いいえ はい	心臓病 高血圧症	腎臓病 骨粗鬆症	肝臓病 その他/病名	糖尿病
----------------------	-----------	-------------	-------------	---------------	-----

現在通院中の方は病院名をご記入ください	病院名	担当医	病名
---------------------	-----	-----	----

現在服用中のお薬はありますか？	いいえ はい	薬品名
-----------------	-----------	-----

歯科治療時に注意するよう言われているお薬はありますか？	いいえ はい	薬品名
-----------------------------	-----------	-----

特に過敏なお薬はありますか？	いいえ はい	薬品名
----------------	-----------	-----

アレルギーはありますか？	いいえ はい	アレルギー名
--------------	-----------	--------

麻酔注射に特別な反応がありますか？	いいえ はい
-------------------	-----------

出血すると止まりにくいですか？	いいえ はい
-----------------	-----------

現在妊娠中ですか？	いいえ はい	ヶ月
-----------	-----------	----

治療回数の希望	治療回数が多くても1回の治療時間は短めに。 治療時間が長くても治療回数は少なめに。
---------	--

来院時間の希望	特にない 月 火 水 木 金 土 午前 午後 夕方
---------	---------------------------

当院におみえになったのは？	友人、家族、会社の同僚の方からの紹介 (ご紹介者名 ) 他の医療機関からの紹介 (医療機関名 ) インターネット タウンページ 看板(家、会社などが近く) 携帯電話のサイト その他 ( )
---------------	---