

# 診 療 申 込

(フリガナ)		男	生年月日	(満 歳)
お名前		女	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) - -		

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"/> 歯並びが気になる <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"/> 職場の近く <input type="checkbox"/> 家が近所 <input type="checkbox"/> 看板を見て <input type="checkbox"/> タウンページを見て <input type="checkbox"/> 当院ホームページを見て <input type="checkbox"/> E-park 歯科を見て <input type="checkbox"/> その他 ( )
前回の歯科治療は?	<input type="checkbox"/> 平成・令和 年 月頃 <input type="checkbox"/> 覚えてない <input type="checkbox"/> はじめて
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
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
現在の健康状態は?	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 不良 ※女性の方へ <input type="checkbox"/> 妊娠中( ヶ月) <input type="checkbox"/> 授乳中
今までにかかった病気は	<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 <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( 型・アルコール) <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 心臓病 (病名 ) <input type="checkbox"/> その他 ( )
現在飲んでいる薬はありますか?	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ある ※あると答えた方は下記の該当する薬に○して下さい 血圧下げる薬・血液サラサラにする薬・糖尿病・ホルモン剤・骨粗鬆症の薬 その他( ) お薬手帳はお持ちですか? はい・いいえ※お薬手帳ある方は受付にご提示下さい
次のようなことがありますか	<input type="checkbox"/> 口内炎にかかりやすい <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"/> 下痢しやすい <input type="checkbox"/> じんましん・湿疹がでやすい <input type="checkbox"/> 花粉症である <input type="checkbox"/> 風邪を引きやすい <input type="checkbox"/> 薬過敏 (薬品名: ) <input type="checkbox"/> 薬を飲むと胃が悪くなる <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"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 抜いた時、下記の症状はございましたか? 気分が悪くなった・血が止まりにくかった・その他 ( )
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	