

## 診療申込み

フリガナ		性別	生年月日
お名前		男・女	明・大・昭・平 年 月 (満 歳)
ご住所 〒		TEL	- -
		携帯 TEL	- -
ご職業		E-mail	@
どうなさいましたか	歯が痛い(しみる、ズキズキ痛い、かむと痛い、はれた、その他) 口臭がある 歯ぐきから血が出る 口の中にできものがある 入れ歯が合わない 入れ歯を入れたい 顔がはれている 歯石を取りたい 検診をしてほしい その他( )		
当院をお知りになった理由は?	知人・家族の紹介(ご紹介者: ) 看板をみて 建物をみて ホームページ 近いから その他( )		
前回歯科治療を受けたのはいつ頃ですか	当院で ( 年 月前) 他院で ( 年 月前)		
その時の感想をお聞かせください	痛かった 痛くなかった 怖かった 優しかった 通院が大変 通院が便利 説明してくれなかった よく理解できた その他( )		
診療について要望はございますか	月 日までに治療を終えたい 一度にたくさん治療して、来院回数を少なくしたい 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、お口の中全体を治してほしい 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 その他( )		
予約について要望はございますか	: 来院できる時間帯 午前 時頃 午後 時頃 : 来院できる曜日 月 火 水 木 金 土		
現在の健康状態	良好 普通 不良 妊娠中( )ヶ月 女性の方のみ		
今までにかかった病気はございますか	特になし 糖尿病 心臓病 高血圧 低血圧 腎臓病 肝臓病 結核 肝炎 その他( )		
次のようなことがございますか	傷が化膿しやすい ジンマシンがしやすい 湿疹がしやすい 口内炎にかかりやすい 薬過敏(薬品名: ) 下痢しやすい 喘息がある 風邪を引きやすい 血が止まりにくい 薬を飲むと胃が悪くなる 花粉症である その他( )		
現在服用している薬はございますか	飲んでいない ビタミン剤 ホルモン剤 血圧の薬 糖尿の薬 その他( )		
以前に歯を抜いたことがございますか	いいえ はい 以下、「はい」のみお答えください 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	高い 普通 低い 最高( ) 最低( )		
その他、気になることやご要望がございましたらご記入ください。			