

診 療 申 込

(フリガナ)		男	生年月日	(満 歳)
お名前		女	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) ()		

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"/> ホームページを見て <input type="checkbox"/> 通りがかり <input type="checkbox"/> その他 ()
前回の歯科治療は？	<input type="checkbox"/> 平成 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 <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"/> 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 (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"/> 喘息 <input type="checkbox"/> その他 ()
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・湿疹がしやすい <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 ()
現在飲んでいる薬はありますか	<input type="checkbox"/> 内服中 (血圧の薬 糖尿病の薬 ホルモン剤 骨粗鬆症の薬・点滴) <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 ←その時、下記の症状はございましたか？ <input type="checkbox"/> いいえ 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

よしなか歯科クリニック