

診療申込書（一般用）

No.	平成	年	月	日
フリガナ:	生年月日: M・T・S・H 年 月 日 (歳)			
お名前:	電話番号:			
	携帯番号:			
住 所:〒				
勤務先(学校):	電話番号:			

● 治療前に歯科医師に伝えておきたいこと、気がかりなこと、治療についてのご希望がございましたらお書きください。

● 今日はどうなさいましたか？

歯が痛い(どのあたりですか？:) 詰め物がとれた

歯グキが悪い・腫れた(上・下)

入れ歯を入れたい・直したい(部分入れ歯・総入れ歯)

健診を希望したい その他()

● 現在病気にかかっていますか？

糖尿病 心臓病 高血圧(/ mmHg)

肝臓病 腎臓病 いいえ

● 現在お薬を飲んでいますか？

いいえ はい(何のお薬ですか?:)

● アレルギーはありますか？

いいえ はい(どのような症状が出ますか?:)

● 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?: はい いいえ)

● 治療についての希望は？

悪いところは全部治したい 説明を受けてから決めたい

● 費用については？

全て健康保険で治したい 歯科医師の説明を受けてから決めたい

● 当院の予防システムをご存じですか？

知っている 知らない

● 当院におみえになったのは？

知人・家族の紹介(ご紹介者 様)

院前を通過 電話帳 ホームページ 看板