

診 療 申 込 書

小川歯科医院

フリガナ		男 女	生年月日 (満 歳)
お名前			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) ()	
ご職業			

どうなさいましたか	<input type="checkbox"/> 歯が痛い(しみる・ズキズキ痛い・噛むと痛い・はれている・その他) <input type="checkbox"/> 歯ぐきの異常(腫れ・痛み・歯が動いている・口内炎・できもの) <input type="checkbox"/> クラウンなどの人工物がとれた <input type="checkbox"/> 入れ歯が合わない <input type="checkbox"/> 歯石を取りたい <input type="checkbox"/> 検診をしてほしい <input type="checkbox"/> インプラントを入れたい <input type="checkbox"/> 全体的に治療してほしい <input type="checkbox"/> その他:
当医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:) <input type="checkbox"/> かかりつけ <input type="checkbox"/> 近いから <input type="checkbox"/> その他()
前回の歯科受診は	<input type="checkbox"/> 当院で(年 月 日ごろ) <input type="checkbox"/> 他院で(年 月 日ごろ)
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をして来院回数を減らしてほしい <input type="checkbox"/> 来院回数が増えても一度の治療時間を短くしてほしい <input type="checkbox"/> 希望するところだけ治療してほしい
保険適用外(自費)の 治療について	<input type="checkbox"/> 説明してほしい <input type="checkbox"/> 説明の必要はない
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"/> 痛風 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 低血圧 <input type="checkbox"/> 肝炎 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> その他:
右のようなことが ありますか?	<input type="checkbox"/> 傷が化膿しやすい <input type="checkbox"/> 口内炎や口角炎になりやすい <input type="checkbox"/> 胃腸が弱い <input type="checkbox"/> 血がとまりにくい <input type="checkbox"/> 現在他科に通院している(科)
常用薬がありますか?	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> サプリメント <input type="checkbox"/> その他:
以前歯を抜いたことが ありますか?	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ⇒そのとき異常はありましたか? <input type="checkbox"/> 気分が悪くなった <input type="checkbox"/> 血が止まりにくかった <input type="checkbox"/> 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、ご要望や気になることがありましたらご記入ください