

診 察 申 込 書

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) ()	
ご勤務先	E-mail		

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、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"/> 顔がはれている
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"/> ビル看板を見て <input type="checkbox"/> 建物を見て <input type="checkbox"/> 駐車場看板を見て <input type="checkbox"/> インターネットを見て <input type="checkbox"/> 近いから <input type="checkbox"/> その他 (_____)
当院を選ばれた理由は？	<input type="checkbox"/> 知人・家族に勧められたから <input type="checkbox"/> インターネットを見て <input type="checkbox"/> 近いから <input type="checkbox"/> ビル看板を見て <input type="checkbox"/> その他 (_____)
前回歯科治療を受けられたのは？	<input type="checkbox"/> 当院で (_____ 年 _____ ヶ月前) <input type="checkbox"/> 他院で (_____ 年 _____ ヶ月前)
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
診療についてご希望があれば	<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
アレルギーはありませんか？	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (_____)
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 (_____ ヶ月)
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"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 低血圧症 <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"/> 骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> その他 (_____)
次のようなことがありますか？	<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> ジンマシンがでたことがある <input type="checkbox"/> 傷が化膿しやすい <input type="checkbox"/> 口内炎になりやすい <input type="checkbox"/> 薬過敏 (薬品名: _____) <input type="checkbox"/> 下痢しやすい <input type="checkbox"/> 喘息がある <input type="checkbox"/> 風邪を引きやすい <input type="checkbox"/> 血が止まりにくい <input type="checkbox"/> 薬を飲むと胃が悪くなる <input type="checkbox"/> 花粉症である <input type="checkbox"/> その他 (_____)
現在飲んでいる薬はありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (薬名 _____)
以前に歯を抜いたことがありますか？	<input type="checkbox"/> はい → その時異常はありましたか？ <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 血が止まりにくかった <input type="checkbox"/> 気分が悪くなった <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: _____