

# 診療申込書

平成 年 月 日

ふりがな お名前		性別	男 女	生 年 月 日	大正 昭和・平成	年	月	日	(才)
-------------	--	----	--------	------------------	-------------	---	---	---	-----

ご住所	〒		電話番号 (	—	—	)
-----	---	--	--------	---	---	---

勤務先・所属	ご職業	勤務先 住所	
--------	-----	-----------	--

当院はどのようにお知りになりましたか

知人・ご家族からの紹介 (ご紹介者のお名前: \_\_\_\_\_)

建物・外観を見て     家の近くだから     職場の近くだから     電柱看板・立て看板を見て

インターネット(ホーム・ページ・i-タウンページ・その他検索サイト)     その他 (\_\_\_\_\_)

診療の参考にさせていただきますので、該当するところへ  印 をおつけ下さい

◇どうなさいましたか	<input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> 歯ぐきが痛い・腫れた <input type="checkbox"/> 入れ歯の具合が悪い <input type="checkbox"/> むし歯が気になる <input type="checkbox"/> 歯の清掃をして欲しい <input type="checkbox"/> フッ素 <input type="checkbox"/> 歯を白くしたい <input type="checkbox"/> その他 (_____ )												
◇具合の悪いのは どの辺りですか	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%; border: 1px solid black;">(奥)左上</td> <td style="width: 15%; border: 1px solid black;">前上</td> <td style="width: 15%; border: 1px solid black;">右上(奥)</td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black;">(奥)左下</td> <td style="border: 1px solid black;">前下</td> <td style="border: 1px solid black;">右下(奥)</td> <td style="border: 1px solid black;"><input type="checkbox"/> 詰め物、かぶせ物</td> <td style="border: 1px solid black;"><input type="checkbox"/> その他</td> <td style="border: 1px solid black;">・外れた    ・欠けた    ・顎    ・頬    ・舌    ・唇</td> </tr> </table>	(奥)左上	前上	右上(奥)				(奥)左下	前下	右下(奥)	<input type="checkbox"/> 詰め物、かぶせ物	<input type="checkbox"/> その他	・外れた    ・欠けた    ・顎    ・頬    ・舌    ・唇
(奥)左上	前上	右上(奥)											
(奥)左下	前下	右下(奥)	<input type="checkbox"/> 詰め物、かぶせ物	<input type="checkbox"/> その他	・外れた    ・欠けた    ・顎    ・頬    ・舌    ・唇								
◇今はお痛みですか	<input type="checkbox"/> 痛い <input type="checkbox"/> 時々痛い <input type="checkbox"/> 痛くない												
◇いつからですか	<input type="checkbox"/> 今日から初めて <input type="checkbox"/> (    ) 日前から <input type="checkbox"/> ずっと前から <input type="checkbox"/> 時々												
◇どんな痛みですか	<input type="checkbox"/> さわらなくてもズキズキ痛む <input type="checkbox"/> 咬んだりおさえたりすると痛む <input type="checkbox"/> 冷たいものがしみる <input type="checkbox"/> 熱いものがしみる												
◇歯の麻酔、抜歯などで 異常があったことが ありますか	<input type="checkbox"/> なかった <input type="checkbox"/> 抜歯したことがない <input type="checkbox"/> 歯の麻酔をしたことがない <input type="checkbox"/> はい → <input type="checkbox"/> 何日も痛みが続いた <input type="checkbox"/> 血が止まりにくかった <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 気分が悪くなった <input type="checkbox"/> 貧血をおこした												
◇今までに次の病気を したことがありますか	<input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 肝 炎 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> 花粉症 <input type="checkbox"/> 蓄膿症 <input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> その他 (    ) <input type="checkbox"/> 特になし												
◇現在、治療のため通院中 の病院はありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (病院名:                      病名:                      ) (今飲んでいるお薬の名前・種類                      )												
◇アレルギーはありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (薬剤・食べ物・その他 (    ) )												
◇今の体調はいかがですか	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 体調が悪い (    ) <input type="checkbox"/> 妊娠中 (    ヶ月)												
◇治療したいところ	<input type="checkbox"/> 治療が必要なところは、この機会に全部治したい <input type="checkbox"/> まずは気になるところが治ればいいが、状態により、早めに治療した方が 良いところがあるなら教えて欲しい <input type="checkbox"/> 痛いところ・今回気になる場所以外の治療は希望しない												
◇治療のすすめ方	<input type="checkbox"/> 保険での治療で、かかる費用を少なくすることが重要 <input type="checkbox"/> 費用は少ない方がよいが、治療方法や治療内容の違いについて、まずは説明を 受けた上で、保険治療か自費治療かを検討したい <input type="checkbox"/> 費用よりもお口の健康を優先して、保険・自費にかかわらず、最善の治療を 提案して欲しい												
◇その他希望されることは ありますか													