

診 療 申 込 書

No. _____

フリガナ
お名前 _____ 明・大・昭・平 年 月 日生(才)

御住所 干() _____ TEL _____

御職業 _____ 御勤務先名 _____ TEL _____

御紹介者があればお書き下さい。 _____ 様

☆ 当院では、責任ある治療を行うため、病状やご要望を伺っております。
お手数ながら下記の質問にお答えください。(該当するところを○で囲んでください)

<input type="checkbox"/> どうなさいましたか	1. 歯が痛む <table style="display: inline-table; vertical-align: middle; border: none;"> <tr> <td style="border: none;">右上</td> <td style="border: none;">前上</td> <td style="border: none;">左上</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">右下</td> <td style="border: none;">前下</td> <td style="border: none;">左下</td> </tr> </table> 2. むし歯がある 3. 歯ぐきから血がでる 4. 歯ぐきははれた 5. つめていたもの、かぶせていたものがとれた 6. 歯がぐらぐらする 7. 汚れや歯石をとってほしい 8. 歯ならびを直したい 9. 口臭が気になる 10. 義歯があわない 11. 義歯を入れたい 12. 検査をしてほしい 13. その他			右上	前上	左上	右下	前下	左下
右上	前上	左上							
右下	前下	左下							
<input type="checkbox"/> どのように お痛みですか	1. しみる 2. 少し痛い 3. かむと痛い 4. ズキズキ痛い 5. ずっと痛い 6. 前に痛んだことがある 7. その他 _____								
<input type="checkbox"/> 大きな病気をしたことは	ない	ある	1. 心 臓(ペースメーカー使用中) 2. 胃 3. 腎 臓 4. 肝 臓 5. 高血圧 6. 糖 尿 7. 脳卒中 8. 血 液 9. リウマチ 10. _____						
<input type="checkbox"/> 現在医師にかかっていますか	いない	いる	医院・病院 科 先生 妊娠 _____ カ月						
<input type="checkbox"/> 特異体質やアレルギーは	ない	ある	1. かぶれやすい 2. じんましん、しっしんが出る 3. ぜんそく 4. その他 _____						
<input type="checkbox"/> 薬を飲んで副作用は	ない	ある	症状 _____						
<input type="checkbox"/> 歯の麻酔注射をしたことは	ある	ない	1. 異常はなかった 2. 貧血をおこした 3. 気分が悪くなった						
<input type="checkbox"/> 歯を抜いたことは	ある	ない							
<input type="checkbox"/> その時、異常は	ない	ある	1. 何日も痛んだ 2. 血が止まらなかった 3. はれた						
<input type="checkbox"/> この機会に	1. 悪いところは全部なおしたい 2. 痛いところだけなおしたい 3. 相談の上治療したい								
<input type="checkbox"/> 診療についてのご希望は	1. ぜんぶ保険でなおしたい 2. 相談の上、一部自己負担でも良い								
<input type="checkbox"/> 当院を何で知りましたか									