

診 察 申 込 書

ふりがな

お名前 _____ (大・昭・日) 年 月 日 (歳)

ご住所 _____

電話番号 _____

職業 _____

携帯番号 _____

当院までの所要時間を教えてください。 (お勤め先から 分、ご自宅から 分)

1、当院をどうして知りましたか。

- イ、紹介者
- ロ、ご家族
- ハ、インターネット
- ニ、その他

2、通院しやすい曜日や時間帯は

- イ、いつでもよい
- ロ、 曜日 (午前・午後) 時頃

3、どうなさいましたか

- イ、虫歯の治療をしたい
- ロ、腫れている
- ハ、歯がグラグラする
- ニ、歯石をとって欲しい
- ホ、義歯 (入れ歯) を作って欲しい
- ヘ、歯並びを治して欲しい 矯正相談
- ト、つめもの、冠が取れた
- チ、全体的に検査して欲しい
- リ、その他

4、場所はどこですか

- 左上奥歯 上前歯 右上奥歯
- 左下奥歯 下前歯 右下奥歯

5、いつからですか

- イ、今日
- ロ、 日前 ハ、ずっと前から

6、今はどうですか

- イ、ズキズキ痛い ロ、少し痛い
- ハ、噛むと痛い
- ニ、しみる (熱いもの 甘いもの 冷たいもの)

7、希望される治療の範囲は

- イ、具合の悪いところのみ
- ロ、具合の悪いところを含め全体的に

8、治療について

- イ、保険外でも治療方法や治療費を相談しながら治療を進めたい
- ロ、保険治療、保険外の治療の違いを説明して欲しい
- ハ、保険の範囲内で治療して欲しい

9、歯科治療中に何か異常が起きたことはありますか。

- イ、ない
- ロ、血が止まりにくかった
- ハ、貧血を起こした
- ニ、その他

10、副作用のあった薬はありますか (痛み止め、抗生物質)

- イ、ない
- ロ、ある (薬の名前 _____)
胃が痛くなる/発疹がでる/その他

11、他の病気、入院など過去・現在経験経験されましたか

- イ、ない
- ロ、心臓病、腎臓病、糖尿病、肝臓病
胃潰瘍、リウマチ、ぜんそく、血圧
- ハ、その他

12、現在常用している薬はありますか

- イ、ない
- ロ、ある (薬の名前 _____)

13、その他

- 妊娠 _____ ヶ月 骨粗しょう症 アレルギー
- 喫煙歴 (有 無)
- 嗜好品 (有 無)

年 月 日 五香ピース歯科医院