診療申込書

★お分かりになる範囲内でできるだけ詳しく書いてください。プライバシーは厳守いたします。

（フリガナ） お名前　　男　女	生年月日　　（満　　歳） 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	E-mail

どうなさいましたか？	☐ 歯が痛い（しみる・ズキズキ痛い・噛むと痛い・腫れた・その他） ☐ 歯ぐきが痛い　☐ 詰め物が取れた　☐ インプラント相談　☐ 外傷 ☐ 歯を白くしたい　☐ 歯のクリーニング　☐ 検診希望　☐ 入れ歯の具合が悪い ☐ 入れ歯を新しくしたい（半年以内に入れ歯を作成しましたか？　はい・いいえ） ☐ その他（　　）
部位はどこですか？	左上 / 上前歯 / 右上 左下 / 下前歯 / 右下
当院をお知りになった理由は？	☐ 知人・家族からのご紹介（ご紹介者名：　　） ☐ 看板を見て　☐ PCでホームページを見て　☐ 携帯でホームページを見て　☐ 近いから ☐ タウンページを見て　☐ その他（　　）
前回歯科診療を受けられたのは？	☐ 当院で　（　　年　　ヶ月前） ☐ 他院で　（　　年　　ヶ月前）
その時の感想は？	☐ 痛かった　☐ 痛くなかった　☐ 怖かった　☐ 優しかった　☐ 通院が大変 ☐ 便利だった　☐ 説明がなかった　☐ 診療内容がよく理解できた ☐ その他（　　）
診療についてご希望があれば	☐ 　月　　日までに診療を終えてほしい ☐ 一度にたくさん治療をして来院回数を少なくしてほしい ☐ 来院の回数は増えても、一度の治療は少しずつにしてほしい ☐ 極端に怖がりなので、注意してほしい ☐ 痛いところ、困っているところだけを治療してほしい ☐ 痛いところ、困っているところだけではなくお口の中全体を治してほしい ☐ 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
予約についてのご希望があれば	☐ 特になし ☐ 希望あり　・来院できる時間帯　☐ 午前　　時頃　☐ 午後　　時頃 ・来院できる曜日　☐ 月　☐ 火　☐ 水　☐ 木　☐ 金　☐ 土 ☐ その他（　　）
現在の健康状態は？	☐ 良好　☐ 普通　☐ 不良　※女性の方のみ　☐ 妊娠中（　　ヶ月） ☐ 授乳中（　　ヶ月）
アレルギーはありますか？	☐ いいえ　☐ はい　（何の　　）
歯科で麻酔の経験がありますか？	☐ いいえ　☐ はい→その時異常がありましたか？　☐ いいえ　☐ はい
今までにかかった病気は？	☐ 特になし　☐ 糖尿病　☐ 心臓病　☐ 高血圧　☐ 低血圧　☐ 腎臓病　☐ 結核 ☐ 肝臓病　☐ 肝炎（A型・非A型）　☐ その他（　　）
現在飲んでいる薬はありますか？	☐ 飲んでいない　☐ 心臓の薬　☐ 血圧の薬　☐ 糖尿の薬　☐ ホルモン剤 ☐ 風邪薬　☐ 抗生剤　☐ 向精神薬　☐ その他（　　）
以前に歯を抜いたことはありますか？	☐いいえ　☐ はい→その時異常がありましたか？ ☐ 気分が悪くなった　☐ 血が止まらなかった　☐ その他（　　）

東京歯科