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） 大・昭・平・令　　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　□ 建物を見て　□ 近いから　□ インターネットを見て □ 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（　　）

★当医院がマイナ保険証により、あなたの診療情報（受診歴、検診歴、服薬情報等）を取得することに同意しましたか？

はい　・　いいえ

当医院では診療情報を取得、活用することにより質の高い医療の提供に努めております。

正確な情報を取得するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願い致します。

Your Dental Clinic 仙台一番町