

診療申込書

平成 年 月 日

フリガナ:	生年月日:大・昭・平 年 月 日 (歳)
お名前:	ご自宅電話番号:
	携帯電話番号:

ご住所: 〒 —

ご職業:

●当院をお選びいただいた理由をお聞かせ下されますか？(複数ある場合は、複数回答でお願いいたします)

- 紹介者:(家族・友人・他医院・スタッフ) ご紹介者 _____ 様 職場に近い 通院が便利
 診療時間 診療曜日 駅広告 タウンページ ホームページ その他広告 医療機器
 マイクロスコープ 滅菌・衛生体制 ファミリー対応 院長の評判 スタッフの対応

●今日はどうなさいましたか？

- 歯が痛い どのあたりですか？○をつけてください。(右上・右下・左上・左下・上の前歯・下の前歯)
 歯ぐきが悪い・腫れた 詰め物が取れた 健診を希望したい
 入れ歯を作りたい・直したい(部分入れ歯・総入れ歯)
 その他()

●現在治療中のご病気がありましたらお教え下されますか？

- いいえ
 糖尿病 心臓病 高血圧(/ mmHg)
 肝臓病 腎臓病 その他()

●最近または現在通院中ですか？

- いいえ はい(病(医)院名: _____ 診療科目: _____ 科)

●アレルギーはございますか？

- いいえ はい(どのような症状が出ますか?: _____)

●衛生士が行う定期的なお口のケア(メンテナンス)についてご存じですか？

- 知っている 知らない

●治療前に歯科医師に伝えておきたいこと、気がかりなこと、治療についてのご希望がございましたらお書きください。

●医療費明細票の発行を希望されますか？

- はい いいえ