

受診申込書

平成 年 月 日

フリガナ		生年月日	明・大・昭・平	性別											
お名前		年 月 日		男・女											
ご住所	〒 区・市 町														
	携帯		TEL ()												
勤務先名・住所	区・市 町														
	TEL ()		内線()												
ご希望連絡先	ご連絡優先順位をご記入ください。※連絡不可のお電話番号は未記入でお願い致します。 ()携帯 ()ご自宅 ()勤務先														
どうなさいましたか？	<input type="checkbox"/> 検診してほしい。 <input type="checkbox"/> 歯石を取ってほしい。歯の掃除をしてほしい。 <input type="checkbox"/> 歯の磨き方について知りたい。 <input type="checkbox"/> 歯並びを治したい。 <input type="checkbox"/> 歯を白くしたい。 <input type="checkbox"/> 口臭が気になる。 <input type="checkbox"/> かみ合わせを治してほしい。 <input type="checkbox"/> 歯が痛い(しみる・ズキズキ痛い・かむと痛い・はれた)その他() <input type="checkbox"/> 歯茎が痛い。歯がグラグラする。 <input type="checkbox"/> あごが痛い。口があきづらい。 <input type="checkbox"/> つめていた物が取れた。 <input type="checkbox"/> 義歯が合わない/義歯を入れたい。 <input type="checkbox"/> インプラントについて相談したい。 <input type="checkbox"/> その他() ※場所を教えてください(どの場所なのか○をつけてください) <table style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">右上</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">前歯上</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">左上</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">右下</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">前歯下</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">左下</td> </tr> </table>				右上	前歯上	左上	右下	前歯下	左下					
右上	前歯上	左上													
右下	前歯下	左下													
当院に来院されたのは？	<input type="checkbox"/> 看板をみて <input type="checkbox"/> インターネットで検索(検索サイト () (検索ワード)) <input type="checkbox"/> 紹介を受けて(紹介者 様) <input type="checkbox"/> 以前に来た事がある(年 カ月位前)														
※治療についてのご希望がございましたらどうぞ。 <input type="checkbox"/> 月 日までに治療を終わらせて欲しい(理由) <input type="checkbox"/> 一度にたくさん治療をしてほしい。来院回数を少なくしたい。 <input type="checkbox"/> 来院回数は多くし、一回の時間を短くしたい(約 分) <input type="checkbox"/> 極端に“こわがり”なので、注意してほしい。 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 最終治療はいつですか？(年 カ月位前)															
※来院されやすい時間帯と曜日にしるしを入れてください。 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> 月曜日 <input type="checkbox"/> 火曜日 <input type="checkbox"/> 水曜日 <input type="checkbox"/> 木曜日 <input type="checkbox"/> 金曜日 </p>															
※定期的なTooth Cleaning(歯ブラシで落ちない歯垢を落とす)をご希望されますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ															
※お会計後の領収証について <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 手書きの領収証 (その都度毎回お渡し) <input type="checkbox"/> 点数記載の明細 (システムの関係上、お渡しは次回のご来院時となります) <input type="checkbox"/> 確定申告時など、年ごと・月ごとにまとめて発行 (□手書き 又は □明細)															

※麻酔をしたことはありますか

ある → 異常は ある ない
ない

※歯を抜いたことがありますか

ある → 異常は ある → 血が止まらなかった 何日か痛んだ
気分が悪くなった 抜歯後腫れた
貧血・めまいを起こした 熱が出た
その他()
ない

ない

※特異体質のようなこと(アレルギー等)はありますか

ある() ない

※これまでに内科的な病気はありますか

ある → 心臓、肝臓()、糖尿、胃腸、鼻、腎臓
血圧 < 高・低 > (/)
その他()

ない

※いま、医師からもらっている薬はありますか

ある → 薬品名()

ない

※いままでに、薬の副作用はありますか

ある → (じんましんが出る、胃が悪くなる、その他())
→ 薬品名()

ない

※女性の方へ 妊娠について

ある → (妊娠 カ月)(その他)

ない

※そのほかに、ご相談などございましたら何でもお書き下さい。

ご記入ありがとうございました。

ご署名