

診療申込書 (WEB用) 令和 . . 受付

ふりがな		性別	生年月日	年齢
お名前		男・女	大正・昭和・平成・令和 年 月 日生	才
住所	〒 -			
電話		緊急 連絡先	予約変更など緊急時に連絡のつくお電話番号	

これは治療に際して大切であり、他人に見せるものではありませんので正しく記入してください。
以下、該当するものに チェックして下さい。

当院へのご来院は

- 初めて 以前に来たことがある (約 年前)

どうなさいましたか

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 歯が (痛い・しみる・かけた) | <input type="checkbox"/> 入れ歯が合わない、又は入れ歯を作りたい |
| <input type="checkbox"/> 歯肉が (痛い・腫れた・血が出る) | <input type="checkbox"/> 歯が抜けたところをなんとかしたい |
| <input type="checkbox"/> つめ物やかぶせ物が (はずれた・壊れた) | <input type="checkbox"/> 歯並びが気になる |
| <input type="checkbox"/> お口の中を検査したい | <input type="checkbox"/> 歯の色が気になる、又は歯の形が気になる |
| <input type="checkbox"/> 口腔内清掃、予防をしてほしい (歯石除去・フッ素塗布・歯のみがき方) | |
| <input type="checkbox"/> 親知らずが気になる | |

今までに以下の病気にかかったことがありますか

- ない 心臓病 肝臓病 腎臓病 高血圧 糖尿病 ぜんそく
 脳血管系 その他 ()

現在治療中のご病気はありますか

- ない ある (病名)

現在服用中のお薬はありますか

- ない ある (薬品名)

お薬の副作用やアレルギーを起こしたことはありますか

- ない 麻酔 アスピリン ペニシリン その他抗生物質 食べ物

以前、歯科治療時の麻酔で気分が悪くなったことはありますか

- ない ある

現在妊娠中 又は その可能性はありますか？ また授乳中ですか？ (女性のみ)

- ない ある (ヶ月) 授乳中

当医院を何で知りましたか

- ホームページを見て 看板を見て 電話帳を見て 家族が通院しているので
 知人に紹介されて (お名前)

治療に関してご希望がございましたらお聞かせ下さい。

- 悪いところは全部治したい 痛いところだけ治したい
 その他 ()