

# 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 ( )