

診療申込書

フリガナ	男 明 大 昭
ご氏名	女 平 令
〒	年 月 日生 歳
ご住所	TEL 自宅 携帯
年 月 日	ご勤務先 TEL
ご職業	ご紹介者 様

治療を行う上で非常に参考になりますから、該当箇所を○で囲んで下さい。

当院は初めてですか	1. はじめて	2. 前に来たことがある	3. わからない
どうなさいましたか	1. ムシ歯の治療をしたい	2. 歯がしみる	
	3. 入れ歯を入れたい	4. 歯ぐきの治療をしたい	
	5. つめもの、かぶせたものがとれた		
	6. 歯の清掃をして欲しい	7. 歯のホワイトニング	
	8. 検診	9. その他 ()	
どこがお痛みですか	1. 歯	2. 歯ぐき	3. 舌 4. あご
今までかかった病気は	1. ない	2. 高血圧	3. 心臓 4. 腎臓
	5. 肝臓 (A、B、C)	6. 糖尿病	7. 血液疾患 8. 骨粗鬆症
	9. その他 ()		
今お薬をのまれていますか	1. ない	2. 血を固まりにくくする薬	3. 骨粗鬆症
	4. その他 ()		
薬、食べ物アレルギー	1. ない	2. ある ()	
特異体質などありませんか			
過去、歯を抜いた時に	1. ない	2. ある ()	
異常はありませんでしたか			
診療方法のご希望は	1. 悪い所は全部治したい	2. 気になる所のみでよい	
	①保険の範囲で治したい		
	②保険でできないところは自費でよいから理想的に治したい		
	③先生と相談して決めたい		
女性の方のみ			
現在、妊娠していますか	1. いいえ	2. はい (月)	3. わからない
また、授乳中ですか			

ありがとうございました。しばらくお待ち下さい。



NAKAGAWA
Dental Clinic