

診療申込書

ふりがな	男 明 大 昭				
ご氏名	女 平 令	年	月	日生	歳
〒	TEL 自宅				
ご住所	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 特異体質などありませんか	1. ない	2. ある ()							
過去、歯を抜いた時に 異常はありませんでしたか	1. ない	2. ある ()							
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				
マイナ保険証による 診療情報取得に同意しますか	1. はい	2. いいえ							
当該医療機関は、マイナ保険証の利用や問診票等を通じて 患者様の診療情報を取得、活用することにより、質の高い医療の提供に努めています									
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