

# 受診申込書

NO. \_\_\_\_\_

フリガナ \_\_\_\_\_ 男・女 \_\_\_\_\_ 明・大 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 生まれ  
お名前 \_\_\_\_\_ 昭・平 \_\_\_\_\_ 才

ご住所 〒 \_\_\_\_\_ TEL. \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

ご勤務先 〒 \_\_\_\_\_ TEL. \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ (内線 \_\_\_\_\_)

1. どうなさいましたか? 虫歯の治療をしたい・歯の清掃をしたい・歯がしみる(冷・温・甘・酸)・歯が抜けている・歯がグラグラしている・入れ歯を入れたい・インプラントをしたい・審美治療をしたい・歯を白くしたい・歯並びをなおしたい・検査をしてほしい・その他( \_\_\_\_\_ )

2. 痛みはありますか? ない・ある/いつごろから?( \_\_\_\_\_ )

3. どこが痛みますか? 

右上	上前	左上
右下	下前	左下

 (歯・歯肉・頬・舌・唇・顎)

4. 歯を抜いたことがありますか? ない・ある/いつごろ?( \_\_\_\_\_ )  
その時何か異常はありましたか? ない・ある/血が止まらなかった・貧血を起こした・何日も痛んだ・腫れた・熱が出た・その他( \_\_\_\_\_ )

5. 注射をして異常はありますか? ない・ある/どんな?( \_\_\_\_\_ )

6. 薬を飲んで副作用はありますか? ない・ある/胃痛・かゆみ・発疹・その他( \_\_\_\_\_ )  
薬の名前( \_\_\_\_\_ )

7. 今、薬を飲んでいますか? いない・いる/鎮痛剤・その他( \_\_\_\_\_ )

8. アレルギーや特異体質はありますか? ない・ある/かぶれ易い・じんま疹が出る・ぜんそく・鼻炎・花粉症・その他( \_\_\_\_\_ )

9. 内科的な病気はありますか? ない・ある/心臓・不整脈・腎臓・肝臓・高血圧・低血圧・糖尿・脳血管系・骨粗しょう症・その他( \_\_\_\_\_ )

10. 他に特別なことはありますか? ない・ある/妊娠 \_\_\_\_\_ ヶ月 ・輸血の 有・無 ・その他( \_\_\_\_\_ )

11. 喫煙しますか? しない・する/1日 \_\_\_\_\_ 本

12. この機会にどこを治したいですか? 悪いところは全部・今痛むところだけ

13. 治療費についてのご希望は? 保険の範囲で治したい・なるべく保険で保険のきかないところは自費でも構わない・最も良い材料と方法で治したい

14. 当院にご来院されたのは? はじめて・以前に来た( \_\_\_\_\_ 頃)  
ご紹介者( \_\_\_\_\_ 様)

15. ご希望・ご質問があればご記入下さい。

