診療申込書

平成　　年　　月　　日　　カルテNo.＿＿＿＿＿＿

ふりがな 氏　　名	男・女	生年月日 明・大・昭・平 年　　月　　日（満　　才）
現住所　〒		自宅電話 （　　）　　－
勤務先名称		会社電話 （　　）　　－
※緊急時連絡先（お約束の確認及び、変更などのご連絡に使用させていただきます。） 携帯電話（　　）　　－　　その他連絡先（　　）　　－		

どうなさいましたか？　□虫歯の治療　□歯周病の治療　□かぶせものが取れた
□詰め物が取れた　□歯茎からの出血　□入れ歯の治療
□親知らずが痛む　□歯の色がきになる　□歯並びが気になる
□検診希望　□歯石取り、クリーニング希望
□その他（　　）

以前に歯科の診療を受けたのはいつですか？　（　　）ヶ月前　（　　）年前　□ない
その時は治りましたか？　□はい　□いいえ　□途中でやめた

今までに病気にかかったことがありますか？
□心臓病　□高血圧症（通常　／　・投薬　／　）□糖尿病　□リウマチ　□喘息
□腎臓病　□肝臓病・肝炎（A・B・C・その他）□てんかん　□血液疾患　□脳卒中
□その他（　　）　□特になし

現在多院、他科に通院中ですか？　□はい（科名：　　科）（病名：　　）
□いいえ

現在常用している薬がありますか？　□はい（薬品名：　　）□いいえ

特に過敏なお薬はありますか？　□はい（薬品名：　　）□いいえ

歯科治療中に気分が悪くなったことがありますか？
□はい（どんなときですか？　　）□いいえ

出血すると止まりにくいですか？　□はい　□いいえ

現在妊娠中ですか？　□はい（　　ヶ月）　□いいえ　□わからない

歯科治療内容についての希望（各項目に○をつけてください。）
1．悪い歯はすべて治したい　　A．保険の範囲内で治したい
2．今痛んでいる個所だけ治療したい　　B．保険外の材料・技術に費用をかけても良い
C．相談したい

定期健診のお知らせをお送りしてもよろしいですか？　□はい　□いいえ　□どちらでも

来院時間の希望　□特になし　□午前　□午後　□夕方　□その他（　　）

当医院におみえになったのは？　□紹介（ご紹介者　　）
□インターネット　□看板（家、会社などが近く）
□その他（　　）

●その他、特に希望することがあればご記入ください。

S.TAJIMA Dental Office
田島伸也デンタルオフィス　TEL 052-954-8008