

# 診療申込書

～ 現在や過去の病状などについてのご質問 ～

令和 年 月 日

ふりがな			性別	男 女	生年 月日	明治・大正・昭和・平成・令和	
お名前					年 月 日 ( 才 )		
ご住所	〒			電話番号 (	-	- )	
eメール			携帯電話 (	-	-	)	
勤務先	社名	ご住所			電話番号 (	-	- )

当院をお選びいただいた理由をお聞かせください	<input type="checkbox"/> 知人の紹介 (ご紹介者のお名前 _____ 様) <input type="checkbox"/> 家の近くだから <input type="checkbox"/> 職場の近くだから <input type="checkbox"/> 当院ホームページを見て <input type="checkbox"/> 通りかかって気になったから <input type="checkbox"/> 書籍・雑誌を見て ( _____ ) <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )							
どうなさいましたか?	<input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> 歯肉が痛い <input type="checkbox"/> 詰物がとれた <input type="checkbox"/> 歯を入れたい <input type="checkbox"/> 定期健診希望 <input type="checkbox"/> 歯石を取りたい <input type="checkbox"/> 顎が痛い <input type="checkbox"/> 歯を白くしたい <input type="checkbox"/> 歯並びをなおしたい <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )							
具合が悪いのはどこですか?	右上奥	前上	左上奥	顎関節 (別紙の問診票にご記入ください)				
	右下奥	前下	左下奥	頬	舌	唇	顔 その他	
痛みはいつからですか	<input type="checkbox"/> 今日 はじめて <input type="checkbox"/> ( _____ ) 日前から <input type="checkbox"/> ずっと前から <input type="checkbox"/> 時々							
お口以外の健康状態はいかがですか?	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 調子が悪い (具体的に _____ )							
今までに大きな病気をしたことはありますか	<input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ ) <input type="checkbox"/> 高血圧 (最高血圧 _____ 最低血圧 _____ ) <input type="checkbox"/> 特になし							
かかりつけの病院・通院中の病院はありますか?	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (病院名 _____ )							
薬を飲んでいますか?	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (薬の名前・種類 _____ )							
妊娠していますか (女性)	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 可能性はある <input type="checkbox"/> はい ( _____ ヶ月)							
アレルギーはありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ( _____ )							
一日に歯を磨くのは	1日	回	(いつ磨きますか? 朝・昼・夜)					
タバコを吸いますか	<input type="checkbox"/> 吸う (一日 _____ 本位) <input type="checkbox"/> 以前吸っていた ( _____ 年前) <input type="checkbox"/> 吸わない							
歯の麻酔・抜歯などで具合が悪くなったことはありますか?	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 血がとまりにくかった <input type="checkbox"/> 貧血が起こった <input type="checkbox"/> 気分が悪くなった <input type="checkbox"/> 痛みが続いた <input type="checkbox"/> 熱が出た							
ご来院にご都合のよい曜日・時間帯がありましたら教えてください。		日	月	火	水	木	金	土
	午前							
	午後							
ショートメールによる受診日時・時間のご案内 (携帯電話をお持ちの方のみ) ご予約の2日前に当院より、受診日時確認のショートメールがご登録の携帯電話宛てに送られます。					<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要			