

# 受診申込書

令和 年 月 日

フリガナ	生年月日		明・大・昭・平・令	性別											
お名前			年 月 日	男・女											
ご住所	〒 区・市 町														
	携帯		TEL ( )												
勤務先名・住所	区・市 町														
	〒 区・市 町														
ご希望連絡先	ご連絡優先順位をご記入ください※連絡不可のお電話番号は未記入でお願い致します ( )携帯 ( )ご自宅 ( )勤務先														
どうなさいましたか	<input type="checkbox"/> 検診してほしい <input type="checkbox"/> 歯石を取ってほしい・歯の掃除をしてほしい <input type="checkbox"/> 歯の磨き方について知りたい <input type="checkbox"/> 歯並びを治したい <input type="checkbox"/> 歯を白くしたい <input type="checkbox"/> 口臭が気になる <input type="checkbox"/> かみ合わせを治してほしい <input type="checkbox"/> 歯が痛い(しみる・ズキズキ痛い・かむと痛い・はれた)その他( ) <input type="checkbox"/> 歯茎が痛い・歯がグラグラする <input type="checkbox"/> あごが痛い・口があきづらい <input type="checkbox"/> つめていた物が取れた <input type="checkbox"/> 義歯が合わない/義歯を入れたい <input type="checkbox"/> インプラントについて相談したい <input type="checkbox"/> その他( )  ※場所を教えてください(どの場所なのか○をつけてください)  <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">右上</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">前歯上</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">左上</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">右下</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">前歯下</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">左下</td> </tr> </table>				右上	前歯上	左上	右下	前歯下	左下					
右上	前歯上	左上													
右下	前歯下	左下													
当院に来院されたのは	<input type="checkbox"/> 看板をみて <input type="checkbox"/> インターネットで検索(検索サイト ( ) (検索ワード ) ) <input type="checkbox"/> 紹介を受けて(紹介者 ( ) 様) <input type="checkbox"/> 以前に来た事がある( 年 カ月位前)														
※治療についてのご希望がございましたらどうぞ <input type="checkbox"/> 月 日までに治療を終わらせて欲しい(理由 ) <input type="checkbox"/> 一度にたくさん治療をしてほしい・来院回数を少なくしたい <input type="checkbox"/> 来院回数は多くし、一回の時間を短くしたい(約 分) <input type="checkbox"/> 極端に“こわがり”なので注意してほしい <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 最終治療はいつですか( 年 カ月位前)															
※来院されやすい時間帯と曜日にしるしを入れてください 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> □月曜日 □火曜日 □水曜日 □木曜日 □金曜日															
※定期的なTooth Cleaning(歯ブラシで落ちない歯垢を落とす)をご希望されますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ															
※お会計後の領収証について <b>★必須★※レシートはございません※</b> <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 手書きの領収証 (確定申告可) <input type="checkbox"/> 点数記載の明細 (データ入力後発行のため <b>次回ご来院時のお渡し</b> ・確定申告可) <input type="checkbox"/> まとめて(1年ごと)発行(確定申告可) ⇒ <input type="checkbox"/> 手書き 又は <input type="checkbox"/> 明細															

※麻酔をしたことはありますか

ある → 異常は ある ない  
ない

※歯を抜いたことがありますか

ある → 異常は ある → 血が止まらなかった 何日か痛んだ  
気分が悪くなった 抜歯後腫れた  
貧血・めまいを起こした 熱が出た  
その他( )  
ない

ない

※特異体質のようなこと(アレルギー等)はありますか

ある( ) ない

※これまでに内科的な病気はありますか

ある → 心臓、肝臓( )、糖尿、胃腸、鼻、腎臓  
血圧 < 高・低 > ( / )  
その他( )

ない

※いま、医師からもらっている薬はありますか

ある → 薬品名( )  
ない

※いままでに、薬の副作用はありますか

ある → (じんましんが出る、胃が悪くなる、その他( ))  
→ 薬品名( )

ない

※女性の方へ 妊娠について

ある → (妊娠 カ月)(その他 )  
ない

※そのほかに、ご相談などございましたら何でもお書き下さい。

---

---

---

---

---

ご記入ありがとうございました。

ご署名