



診療申込書

カルテNo. _____

令和 年 月 日

ふりがな お名前	男 女	昭和 平成 令和	生年月日	年	月	日(才)
ご住所 〒						
携帯電話番号 ()	—	※ 診療や検診の前日に、予約時間のご案内をメールでお知らせするサービスを実施しております。 当サービス利用に際し登録が必要になりますので、できる限り「メールアドレス」のご記入 をお願いいたします。				
自宅電話番号 ()	—					
※メールアドレス						
ご記入・ご登録いただいた個人情報は、他の用途へは利用いたしません。						

当院へのご来院は？	<input type="checkbox"/> はじめて <input type="checkbox"/> 前に来たことがある (月前)(年前)						
当院をどのように お知りになりましたか？	<input type="checkbox"/> ご友人・ご家族からの紹介 (お名前： 様) <input type="checkbox"/> ご近所 <input type="checkbox"/> 通勤、通学路 <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> 看板 <input type="checkbox"/> その他 ()						
希望する担当医師は？	<input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる (医師名：)						
どうなさいましたか？	<input type="checkbox"/> 歯が痛む <input type="checkbox"/> 歯に穴が空いている(むし歯等) <input type="checkbox"/> 歯がしみる <input type="checkbox"/> 歯茎から出血する <input type="checkbox"/> 歯肉の腫れ <input type="checkbox"/> 歯石を取りたい <input type="checkbox"/> ホワイトニング希望 <input type="checkbox"/> P.M.T.C希望 <input type="checkbox"/> 検査を受けたい <input type="checkbox"/> 歯を入りたい(義歯等) <input type="checkbox"/> つめ物・かぶせ物が取れた <input type="checkbox"/> つめ物・かぶせ物を白くしたい <input type="checkbox"/> インプラント希望 <input type="checkbox"/> 顎関節の具合が悪い <input type="checkbox"/> 矯正治療をしたい <input type="checkbox"/> その他 ()						
どこが気になりますか？	ご自身の <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td>左上</td><td>上前</td><td>右上</td></tr> <tr><td>左下</td><td>下前</td><td>右下</td></tr> </table>	左上	上前	右上	左下	下前	右下
左上	上前	右上					
左下	下前	右下					
痛みはありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ズキズキ <input type="checkbox"/> ずっと痛い <input type="checkbox"/> 噛み合わせると痛い <input type="checkbox"/> 痛んだり止んだり <input type="checkbox"/> 冷たいものがしみる <input type="checkbox"/> 熱いものがしみる						
歯科に対する恐怖心は？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 少しある <input type="checkbox"/> まあまあある <input type="checkbox"/> 強い						
この機会に	<input type="checkbox"/> 悪いところは全部治したい <input type="checkbox"/> 今、痛んでいるところだけ治したい <input type="checkbox"/> 相談の上、治療したい <input type="checkbox"/> 保険外の治療も相談して検討したい						
今までに歯科治療や麻酔、 抜歯などで何か異常は？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ()						
薬を飲んで異常が出た ことがありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (薬品名：) <input type="checkbox"/> 発疹が出る <input type="checkbox"/> 胃が痛くなる <input type="checkbox"/> かゆくなる <input type="checkbox"/> その他 ()						
現在服用している薬は？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (薬品名：)						
現在または過去において 次の病気にかかった ことがありますか？	<input type="checkbox"/> 心臓 <input type="checkbox"/> 糖尿 <input type="checkbox"/> 呼吸器 <input type="checkbox"/> 腎臓 <input type="checkbox"/> 肝臓 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 低血圧 <input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> アレルギー <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> 血液疾患 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 感染の恐れのある病気 (病名：)						
治療中、お子様を預かって 欲しいですか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ※平日(9:30~13:00)に保育士がお子様をお預かりします。						
妊娠について	<input type="checkbox"/> 妊娠中 (月) <input type="checkbox"/> 授乳中 <input type="checkbox"/> 妊娠の可能性あり <input type="checkbox"/> どちらか分からない ※ 治療中に妊娠された方は早めにお知らせください。						

ありがとうございました。

西葛西杉井歯科クリニック

nishikasai sugii dental clinic