

# 受 診 申 込 書

お手数ですが、診察の参考にさせていただきますのでご記入をお願いします。

ご不明な点があれば、お気軽にスタッフに声をおかけください。

記入日 平成 年 月 日

フリガナ					男	生年	明治・大正・昭和・平成		
お名前				性別	女	月日	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 ( - - )				

当院は初めてですか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ( <input type="checkbox"/> にチェック、該当するものに○をお願いします)								
どうなさいましたか	<input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> 歯が(温、冷)しみる <input type="checkbox"/> (つめもの、被せ) がはずれた <input type="checkbox"/> 痛くないが治療したい <input type="checkbox"/> 歯ぐきが(痛い、出血する、はれた) <input type="checkbox"/> 入れ歯が(こわれた、あわない) <input type="checkbox"/> (被せ、入れ歯) を入れたい <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"/> あごの関節が(痛む、音がする) <input type="checkbox"/> その他 ( )								
痛みについて	<input type="checkbox"/> ない				<input type="checkbox"/> 今日はじめて <input type="checkbox"/> かなり前から				
	<input type="checkbox"/> ある(場所は )				<input type="checkbox"/> ( ) 日前から <input type="checkbox"/> 時々				
どのような治療をお望みですか	<input type="checkbox"/> いま気になっている所だけ治療したい <input type="checkbox"/> 悪い所は全て治療したい								
	<input type="checkbox"/> 先生と相談して決めたい <input type="checkbox"/> 一回の治療は長くても短期間で治したい								
	<input type="checkbox"/> 保険の範囲内で治療してほしい <input type="checkbox"/> 保険のきかない所は自費でもかまわない								
	<input type="checkbox"/> 先生と相談して決めたい <input type="checkbox"/> 保険と自費の両方を比べたい								
アレルギーについて	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 薬(薬剤名 ) <input type="checkbox"/> 注射(注射名 ) <input type="checkbox"/> じんましん(原因 ) <input type="checkbox"/> その他 ( )								
かかりつけの病院	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(病院名 医師名 ) <input type="checkbox"/> 通院、治療中								
過去に重い病気にかかったことはありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(病名 )								
入院されたことがありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(いつ頃ですか )								
現在病気にかかっていますか	<input type="checkbox"/> 心臓病(不整脈、心不全、狭心症、心筋梗塞、弁膜症、その他 ) <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 甲状腺の病気 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> 骨粗しょう症 <input type="checkbox"/> 喘息(気管支喘息、心臓性喘息、アスピリン喘息) <input type="checkbox"/> 脳(梗塞、出血) <input type="checkbox"/> 肝臓病(A、B、C型肝炎、慢性肝炎、肝硬変、その他 ) <input type="checkbox"/> その他 ( )								
薬を飲んでいますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(薬の名前や種類 )								
血圧は	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 高い <input type="checkbox"/> 低い								
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)								
歯の麻酔・抜歯の経験は	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある								
歯の麻酔・抜歯などで異常は	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある <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								
当院をお選びいただいた理由は	<input type="checkbox"/> 家族、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"/> ホームページを見て <input type="checkbox"/> 看板 <input type="checkbox"/> 雰囲気良さそうだから <input type="checkbox"/> その他 ( )								
その他、特に伝えたい事									
予約時間について	( ) 曜日 (午前、午後) 時頃が良い								
領収証について	<input type="checkbox"/> 医療費の内容の分かる領収証発行(毎回、まとめて) <input type="checkbox"/> 領収証は不要 平成 年 月 日 お名前 _____								