

診 療 申 込

ID:

(フリガナ) お名前	男 女	生年月日 （満）歳 明・大・昭・平 年 月 日
〒 ご住所	お電話番号 () 携帯番号（緊急連絡先として） ()	
ご勤務先 (学校名)	E-mail	
今一番気にされている のは？	<input type="checkbox"/> 歯が痛い（しみる・ズキズキ痛い・かむと痛い・その他） <input type="checkbox"/> 歯ぐきが痛い <input type="checkbox"/> 歯ぐきが腫れている <input type="checkbox"/> 歯ぐきから血が出る <input type="checkbox"/> 口臭がある <input type="checkbox"/> 歯石を取りたい <input type="checkbox"/> 検診をしてほしい <input type="checkbox"/> 入れ歯が合わない／入れ歯を入れたい <input type="checkbox"/> 詰め物がはずれた <input type="checkbox"/> その他（ ⇒それは、どのあたりですか？ () ⇒それは、いつからですか？ () ⇒何が原因と思われていますか？ () 	
当院をお知りになった 理由は？	<input type="checkbox"/> 知人・家族からの紹介（紹介者名：_____） <input type="checkbox"/> 看板を見て <input type="checkbox"/> 建物を見て <input type="checkbox"/> ホームページを見て <input type="checkbox"/> 近いから <input type="checkbox"/> その他（ ⇒それによって当院にどんなことを期待されていますか？ () 	
前回歯科治療を 受けられたのはいつ？ その時の感想は？	<p>（ 年 ケ月前） <input type="checkbox"/>初めて</p> <input type="checkbox"/> 痛かった <input type="checkbox"/> 痛くなかった <input type="checkbox"/> 怖かった <input type="checkbox"/> 優しかった <input type="checkbox"/> 通院が大変だった <input type="checkbox"/> 便利だった <input type="checkbox"/> 説明してくれなかつた <input type="checkbox"/> よく理解できた <input type="checkbox"/> その他（ 	
診療を受ける上で、気に なる順に番号を付けて 下さい。 (出来るだけその事に 配慮したいと思います)	<ul style="list-style-type: none"> ・通院回数（ ） ・1回の治療時間（ ） ・歯の健康（ ） ・治療説明（ ） ・費用（ ） ・待ち時間（ ） ・痛み（ ） ・恐怖感（ ） ・清潔感（ ） 	
他に相談したいこと・ 伝えたい事、ご希望は ありますか？	<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> ある → 	

予約についての ご希望があれば	<ul style="list-style-type: none"> 来院できる曜日 <input type="checkbox"/>月 <input type="checkbox"/>火 <input type="checkbox"/>木 <input type="checkbox"/>金 <input type="checkbox"/>土 来院できる時間帯 <input type="checkbox"/>午前 _____ 時頃 <input type="checkbox"/>午後 _____ 時頃 _____ 月 _____ 日までに治療を終えてほしい (ご希望に添えるとは限りません)
現在の健康状態は?	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 不良 ※女性の方のみ <input type="checkbox"/> 妊娠中 (_____ ヶ月)
次のようなことが ありますか?	<input type="checkbox"/> 傷が化膿しやすい <input type="checkbox"/> 血が止まりにくい <input type="checkbox"/> 湿疹が出やすい <input type="checkbox"/> 花粉症である <input type="checkbox"/> 口内炎にかかりやすい <input type="checkbox"/> 下痢しやすい <input type="checkbox"/> 喘息がある <input type="checkbox"/> 風邪を引きやすい <input type="checkbox"/> 薬を飲むと胃が悪くなる <input type="checkbox"/> その他 (_____)
今までにかかった 病気は?	<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 低血圧 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> 肝炎 (A型・B型・C型) <input type="checkbox"/> その他 (_____)
薬のアレルギーが ありますか?	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ⇒薬品名 (_____)
現在飲んでいる薬は ありますか?	<input type="checkbox"/> 飲んでいない <input type="checkbox"/> 血圧の薬 <input type="checkbox"/> 糖尿病の薬 <input type="checkbox"/> ビタミン剤 <input type="checkbox"/> ホルモン剤 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症の薬 <input type="checkbox"/> その他 (_____)

★これより下は、成人の方のみご記入下さい