

★緑枠内をご記入下さい

★□にはチェックを入れて下さい

日付：

診 療 申 込

I D：

| | | | | |
|--|---|---------------------------------------|---------|-------|
| (フリガナ) | | 男 | 生年月日 | (満 歳) |
| お名前 | | 女 | 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 (ご紹介者名：) <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？ | (年 ヶ月前) <input type="checkbox"/> 初めて <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"/> 説明してくれなかった <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) | ・ 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 → | | | |

★裏面もご記入下さい

★これより下は、成人の方のみご記入下さい

[illegible]