

診療申込書

ご記入日 年 月 日

受 診 者	ふりがな		男	生	大正・昭和	年	月	日
	お名前		女	年	平成・令和	年	月	日
	ご住所	〒 - (※マンション・アパートの方は部屋番号までお願いします)						
	電話番号	-	-	携帯電話	-	-		

マイナ保険証による情報取得に同意しますか	<input type="checkbox"/> はい 当院は診療情報を取得・活用することにより質の高い医療の提供に努めています。 <input type="checkbox"/> いいえ 正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。
当医院を何で知りましたか	<input type="checkbox"/> 紹介(様) <input type="checkbox"/> インターネット <input type="checkbox"/> 口コミ <input type="checkbox"/> 通りがかり <input type="checkbox"/> その他
ご来院された理由 (複数回答可)	<input type="checkbox"/> 虫歯がある <input type="checkbox"/> つめもの、かぶせもの、さし歯がとれた、作りたい <input type="checkbox"/> 歯が痛い、しみる <input type="checkbox"/> 入れ歯の具合が悪い、作りたい <input type="checkbox"/> 歯ぐきがおかしい <input type="checkbox"/> 歯の抜けたところを治したい <input type="checkbox"/> 歯が揺れている <input type="checkbox"/> 歯並びを治したい <input type="checkbox"/> 歯の色が気になる <input type="checkbox"/> あごの関節がおかしい <input type="checkbox"/> 定期検診を希望 <input type="checkbox"/> その他 ()
どのあたりですか	<input type="checkbox"/> 左上 <input type="checkbox"/> 上前 <input type="checkbox"/> 右上 <input type="checkbox"/> 左下 <input type="checkbox"/> 下前 <input type="checkbox"/> 右下 <input type="checkbox"/> 頬 <input type="checkbox"/> 舌 <input type="checkbox"/> 唇 <input type="checkbox"/> 顔
次の病気にかかった ことがありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 心臓の病気 (心筋梗塞、狭心症、その他) <input type="checkbox"/> 気管支喘息 <input type="checkbox"/> 血管の病気 (高血圧、低血圧、その他) <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 肝臓の病気 (肝炎、肝硬変、その他) <input type="checkbox"/> 腎臓の病気 <input type="checkbox"/> 血液の病気 (白血病、貧血症、その他) <input type="checkbox"/> 胃腸の病気 <input type="checkbox"/> 感染症 (B型肝炎、C型肝炎、その他) <input type="checkbox"/> その他 ()
現在服用している 薬はありますか	<input type="checkbox"/> ない ※おくすり手帳をお持ちの方は受付までお願い致します。 <input type="checkbox"/> ある 薬の名前または種類 ()
特異体質 (アレルギー) はありますか	<input type="checkbox"/> ない 何のアレルギーですか <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 薬 <input type="checkbox"/> 食べ物 <input type="checkbox"/> その他 ()
今まで歯の治療時 に異常はありませんでしたか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 気分が悪くなった (麻酔時 抜歯時 その他) <input type="checkbox"/> 血が止まりにくかった <input type="checkbox"/> その他 ()
女性の方へ 現在妊娠していますか	<input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> している (妊娠 ヶ月もしくは 週目)
治療に対するご希望	治療範囲について <input type="checkbox"/> 今、気になっている歯のみ治してほしい <input type="checkbox"/> 診査のうえ、悪い歯は全部治してほしい 治療内容について <input type="checkbox"/> 保険の範囲内で治したい <input type="checkbox"/> 自費診療も考えたい (要相談) <input type="checkbox"/> 治療は、なるべくまとめてやってほしい
気になる項目に チェックして下さい	<input type="checkbox"/> 歯こぶ、歯石などの歯の汚れ、または着色 <input type="checkbox"/> お口の臭い (口臭) <input type="checkbox"/> 歯の色 (ホワイトニング・かぶせ物の変色など) <input type="checkbox"/> 自分にあう歯磨き用品が知りたい <input type="checkbox"/> ブラッシングの方法
来院しやすい曜日時間帯 はありますか	<input type="checkbox"/> いつでも良い <input type="checkbox"/> 午前 / <input type="checkbox"/> 午後 (: ~ :) 月・火・水・木・金・土

ひがし歯科クリニック 047-710-7150