

診療申込書

☆大切な資料になりますので、必要事項をご記入の上、該当する所に○をつけてください。

ふりがな		男 女	ご職業				
お名前							
生年月日	明・大 昭・平	年	月	日	年齢	歳	ご紹介者様
住所	〒	—		電話番号		<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯	

緊急時など迅速に患者様と連絡がとれますように、ご自宅と携帯番号のご記入お願い致します。
尚、個人情報につきましては、秘密厳守致します。

①どうなさいましたか？

・痛みがある ・少し前に痛かった ・歯がしみる ・顎が痛い

(1)どのあたりですか？ ()

(2)いつ頃からですか？ ()

・入れ歯を治したい ・歯を白くしたい

・その他 ()

②以前に歯科治療を受けたことは？ ・ない ・ある () 年前

③歯科で治療を受けた時に何か異常はありましたか？ ・ない ・ある()

④今までに病気になられた経験は？

・骨粗しょう症 ・慢性腎臓病 ・高血圧疾患 ・虚血性心疾患 ・不整脈 ・心不全

・甲状腺機能障害 ・副腎皮質機能不全 ・喘息 ・慢性気管支炎 ・自律神経失調症

・糖尿病 ・甲状腺機能亢進症 ・脳血管障害 ・てんかん ・肝臓病 ・肝炎 () 型

・血友病 ・その他 ()

⑤現在、お薬をのんでいますか？ ・ない ・ある()

⑥お薬のアレルギーは？ ・ない ・ある()

⑦現在妊娠の可能性は？ ・ない ・ある() か月

⑧当院は何で知りましたか？

・インターネット ・ご家族 ・友人 ・通りがかり ・近所

⑨本日はどのような治療をご希望ですか？

・治療 ・検査 ・クリーニング ・除石 ・抜歯

・予防処置 (シーラント、フッ素、歯ブラシ指導)

ご記入ありがとうございました。

マキタ歯科クリニック