

## 診療申し込み票/問診票

ふりがな	性別	男・女	生年月日	明治・大正・昭和・平成
お名前				年 月 日 ( 歳)
〒	ご住所		電話番号( - - )	携帯電話( - - )

当院をお選びいただいた理由をお聞かせください	<input type="checkbox"/> 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"/> 雰囲気が良さそうだから <input type="checkbox"/> その他( )
どうなさいましたか	<input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> 歯肉が痛い <input type="checkbox"/> 詰物がとれた <input type="checkbox"/> 歯を入れたい <input type="checkbox"/> 検査をしてほしい <input type="checkbox"/> 歯を白くしたい <input type="checkbox"/> 歯の清掃をして欲しい <input type="checkbox"/> 歯並びをなおしたい <input type="checkbox"/> その他( )
どこが痛みますか	右上奥 前上 左上奥 右下奥 前下 左下奥 頬 舌 唇 顔 その他
痛みはいつからですか	<input type="checkbox"/> 今日のはじめて <input type="checkbox"/> ( ) 日前から <input type="checkbox"/> ずっと前から <input type="checkbox"/> 時々
お口以外の健康状態はいかがですか	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 調子が悪い(具体的に )
今までに大きな病気をしたことはありますか	<input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 高血圧(最高血圧 最低血圧 ) <input type="checkbox"/> 特になし
かかりつけの病院・通院中の病院はありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(病院名 )
薬を飲んでいますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(薬の名前・種類 )
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( 月)
アレルギーはありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい( )
1日に歯を磨くのは	1日 回 (いつ磨きますか? 朝・昼・夜 )
タバコは吸いますか	<input type="checkbox"/> 吸う(一日 本位) <input type="checkbox"/> 以前吸っていた( 年前) <input type="checkbox"/> 吸わない
歯の麻酔・抜歯などで具合が悪くなったことはありますか	<input type="checkbox"/> ない <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

ご来院のご都合のよい曜日と時間帯をご記入ください(希望日の欄に○を記入)		月 <sub>※1</sub>	火	水	木	金 <sub>※1</sub>	土 <sub>※2</sub>
	AM 9:00 ~ AM 11:00						
	AM 11:00 ~ PM 1:00						
	PM 2:30 ~ PM 4:00				/		/
	PM 4:00 ~ PM 6:00				/		/
◆受診希望日/時間については、当院からのお電話で決定させていただきます。 ※1 月曜日/金曜日の午後の診療時間はPM5:30までです。 ※2 土曜日の診療時間はAM9:30 ~ PM1:30です。							