

診 療 申 込 書

お名前 _____ 様 男・女 _____ 歳 (生年月日 明・大・昭・平 年 月 日)
ご住所 _____
お電話 _____ (携帯電話 _____)

- こちらの歯科はどこでお知りになりましたか 知人の紹介 (_____ 様)
 インターネット その他 (_____)
- 私どもは、皆様に最適な治療を行ないたいと考えており、そのためにはゆっくりとお話できるカウンセリングが必要と考えております。 カウンセリングを 希望する 希望しない
- 私どもは皆様に最善の治療を行なうよう努めておりますが、そのためには健康保険外の治療も必要になる場合があります。ご希望の治療方法をおたずねします。
 健康保険外でもいいから最善の治療をしてほしい
 健康保険内で治療してほしい

- どうなさいましたか

お体や、病気の状態により治療法やお薬の出し方が変わってきます。なるべくくわしくお答えください。

- 以前に歯科治療を受けたときに、異常はありましたか
 ない ある ● どのようなときに、どうなりましたか (_____)
- アレルギー体質は ない ある
 金属 アトピー ぜんそく 花粉症 食物 くすり・そのお薬は (_____)
- けがをしたときに血が止まりにくいことは ない ある
- いま、他の医療機関に通っていますか
 いいえ はい ・どのような病気で (_____)
なにかお薬を飲んでいますか
 いいえ はい ・そのお薬は (_____)
- これまでに大きな病気をしたことがありますか ない ある
・その病気は 高血圧 糖尿病 気管支ぜんそく 心臓病 肝炎・肝臓病 脳卒中
 その他 (_____)
- 歯みがきするときはいつですか 起床時 食後 (朝 ・ 昼 ・ 夜) 寝る前
歯みがきの道具は 歯ブラシ フロス 歯間ブラシ その他 (_____)

- 現在、気分は おおむね良好である 毎日のようにほとんど1日中ずっと気分が沈んでいる
 何に対しても興味がわかず楽しめない
- 女性の方で、現在妊娠は していない はっきりしない している (予定日 _____ 月)
・個人情報の管理を厳正に行ないます。ご記入内容に相違がございましたらご署名をお願いいたします。

ご署名 _____ 様