

年 月 日

診療申込書

No.

フリガナ

お名前 _____ 様 男・女 _____ 歳 (生年月日 _____ 年 月 日)

ご住所 _____ (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 (_____)

- 当院では、アレルギーや副作用の防止のため「詰め物」「かぶせ物」は金属の使用を控えております。

健康保険適用外(自費)となりますが、「詰め物」「かぶせ物」はセラミックをお勧めしています。

「詰め物」「かぶせ物」はセラミックを希望します。

ご希望の治療方法をおたずねします

「詰め物」「かぶせ物」は他院にて治療します。

治療を進めながら決めていきたい。

○ 今日はどうなさいましたか?

○ そのことについて、どう思っていますか?

○ 最終的にはどのようなお口になりたいですか?

- 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()

● 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)

私どもは個人情報の管理を厳正に行ないます。ご記入内容に相違なければご署名をお願いいたします。

ご署名 _____ 様