

受診申込書

フリガナ お名前 (男・女)	生年月日 明大昭平 年 月 日 (才)
〒 ご住所	Tel 携帯 Tel Fax
e-mail アドレス e-mail アドレスを記入頂くと次回の診療日の案内メールを送らせて頂きます。(現在、準備を進めております)	
勤務先	Tel

(ご紹介者があればお名前をお願いいたします。 _____ 様)

御来院された理由

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 虫歯の治療をしたい | <input type="checkbox"/> 歯石除去、歯のクリーニング |
| <input type="checkbox"/> 歯周病(歯槽膿漏)の治療がしたい | <input type="checkbox"/> 歯並びが悪いのできれいにしたい(歯列矯正) |
| <input type="checkbox"/> 義歯または金属冠を入れてほしい | <input type="checkbox"/> 歯の色、汚れが気になる(ホワイトニング) |
| <input type="checkbox"/> 腫れているところがある | <input type="checkbox"/> 検診してほしい |
| <input type="checkbox"/> 歯ぐきから血が出る | <input type="checkbox"/> インプラントを入れてほしい |
| <input type="checkbox"/> 以前に作ったものが(壊れた とれた かけた) | <input type="checkbox"/> その他() |

具合の悪いところは

右上	上前	左上
右下	下前	左下

お痛みは ある ない

しみる程度 少し痛い ひどく痛い 痛んだりやんだり 歯を合わせると痛い

健康状態についての質問 (この調査は医学上の事柄ですので秘密は厳守いたします)

- 前に歯の治療を受けたのは 当院 他の医院 (約 年 ヶ月前)
- 現在または、今迄にかかった病気は ある ない
 あれば 心臓や血管の病気(高血圧 低血圧 血が止まりにくい) 胃腸病 腎臓病 糖尿病
 肝臓病(病名) 神経痛 脳卒中 その他(病名)
 その病気について 入院していた(年 月頃～ 年 月頃迄)
 通院していた(年 月頃～ 年 月頃迄)
 通院中
 薬は服用されていますか ない
 血をとまりにくくする薬 骨粗しょう症の薬 その他(具体的に)
- あなたの体に異常のおきやすい薬はありますか ある ない
 あれば ペニシリン アスピリン 麻酔薬 その他(薬品名)
- 女性の方へ 妊娠中の方は(妊娠 ヶ月)

今回治療では

悪いところは全部治してほしい 今痛んでいる歯だけ治してほしい

診療に対する希望は

保険の範囲で治してほしい 相談して決めたい

歯科リスク検査を

希望する 詳しく説明を聞きたい 希望しない ※別紙を御参照下さい【費用かイエリスク 3,000円(税別)】
 【費用歯周病 15,000円(税別)】

治療に対するご要望があれば、お書きください(例: 治療期間、治療椅子を倒さないでほしい、説明を特に詳しくしてほしい)

当院をどうしてご存知になりましたか?(いくつでも、当てはまるものにチェックしてください)

- 家族が来ているので 知人の紹介 他院からの紹介
 インターネットホームページ(公式ホームページ 入れ歯インプラント 矯正 審美 予防
 その他インターネット(E-PARK ブログ ツイッター 歯科タウン フェイスブック その他())
 直接当院が目に入ったから 広告で 新聞広告 電車の駅構内の広告(駅名)
 その他()