

診療申込書

来院日	平成 年 月 日 ()	カルテ NO.
ふりがな		
お名前		
ご住所	〒	
生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日 () 才	
自宅電話	()	携帯番号 ()
お勤め先 (学校名)		

該当する項目に☑してください。

・どうなさいましたか？

★現在感じておられる症状についてなるべく詳しくご記入ください。

- 歯が痛い（しみる ズキズキ痛い かむと痛い はれた その他)
- 詰め物がとれた 入れ歯の調子が悪い 歯を入りたい 歯を白くしたい
- 歯石をとりたい 検診してほしい
- その他 ()

・前回歯科治療を受けられたのはどのくらい前ですか

年 カ月前

・今までの歯科治療でお困りになったことはありますか

ある ない

・今までの歯科治療の際に次のようなことはありましたか

血が止まりにくかった 気分が悪くなったことがある

・現在治療中、又は過去にかかったことのあるご病気は

- 骨粗しょう症 糖尿病 心臓病 高血圧 (mmHgー mmHg)
- 腎臓病 肝臓病 ウイルス性肝炎 (A型・B型・C型・その他)
- 副鼻腔炎 喘息 自律神経失調症 その他 ()

・喫煙は？

ある (一日 本 年間) なし 過去にあり (年間)

・服用中のお薬は？

ある (薬名) ない

・アレルギーは？

ある (天然ゴム・麻酔薬・薬剤・花粉・食物・金属) ない

・妊娠中ですか？ (女性のみ)

妊娠中 (カ月) 可能性はある ない

・薬を飲んでの副作用は？

ある ない

・当院をどのようにしてお知りになりましたか

家族・知人の紹介 (ご紹介者名:)

インターネット その他

診療記録（レントゲン写真、口腔内写真）の使用承諾について

- ・当院では、治療開始時や治療中、治療後やメンテナンスの経過など記録するために、レントゲン写真や口腔内写真等の資料を採っています。これらは主に診査・診断、術後の管理などに使用いたしますが、研究・教育・啓蒙の目的や、患者様に説明する資料として使用させて頂く場合がございます。写真等を使用する際は性別と年齢以外の個人情報を使用することはありません。

確認しました

医院からのお願い

当院は予約制となっております。予約時間はお守りいただくようお願い申し上げます。

- ・もしご都合が悪くなられた場合には、なるべくお早めに（できれば前日までに）ご連絡をいただくようお願いいたします。
- ・ご連絡のないまま予約時間を過ぎた場合、受付よりお電話でご連絡・ご確認をさせていただきます。
- ・ご予約の無断キャンセルをされた方は、その後のご予約をお断りすることがございます。

以上について、ご確認頂きましたら、下記のチェックボックスにチェックを入れてください。

上記について確認、同意しました

氏名 _____