

受診申込書

NO. _____

フリガナ _____ 男・女 _____ 明・大 _____ 年 _____ 月 _____ 日生まれ _____ 才
お名前 _____ 昭・平 _____

ご住所 〒 _____ TEL. _____ - _____ - _____

ご勤務先 〒 _____ TEL. _____ - _____ - _____ (内線 _____)

1. どうなさいましたか? 虫歯の治療をしたい・歯の清掃をしたい・歯がしみる(冷・温・甘・酸)・歯が抜けている・歯がグラグラしている・入れ歯を入れたい・インプラントをしたい・審美治療をしたい・歯を白くしたい・歯並びをなおしたい・検査をしてほしい・その他(_____)
2. 痛みはありますか? ない・ある/いつごろから?(_____)
3. どこが痛みますか?

右上	上前	左上
右下	下前	左下

 (歯・歯肉・頬・舌・唇・顎)
4. 歯を抜いたことがありますか? ない・ある/いつごろ?(_____)
その時何か異常はありましたか? ない・ある/血が止まらなかった・貧血を起こした・何日も痛んだ・腫れた・熱が出た・その他(_____)
5. 注射をして異常はありますか? ない・ある/どんな?(_____)
6. 薬を飲んで副作用はありますか? ない・ある/胃痛・かゆみ・発疹・その他(_____)
薬の名前(_____)
7. 今、薬を飲んでいますか? いない・いる/鎮痛剤・その他(_____)
8. アレルギーや特異体質はありますか? ない・ある/かぶれ易い・じんま疹が出る・ぜんそく・鼻炎・花粉症・その他(_____)
9. 内科的な病気はありますか? ない・ある/心臓・不整脈・腎臓・肝臓・高血圧・低血圧・糖尿・脳血管系・骨粗しょう症・その他(_____)
10. 他に特別なことはありますか? ない・ある/妊娠 _____ ヶ月 ・輸血の 有・無 ・その他(_____)
11. 喫煙しますか? しない・する/1日 _____ 本
12. この機会にどこを治したいですか? 悪いところは全部・今痛むところだけ
13. 治療費についてのご希望は? 保険の範囲で治したい・なるべく保険で保険のきかないところは自費でも構わない・最も良い材料と方法で治したい
14. 当院にご来院されたのは? はじめて・以前に来た(_____ 頃)
ご紹介者(_____ 様)
15. ご希望・ご質問があればご記入下さい。



医療法人社団 豊成会 大崎デンタルオフィス
〒141-0032 東京都品川区大崎1-11-1 ゲートシティ大崎ウエストタワー 3F
TEL. 03-3490-8612 FAX. 03-3490-8625