

年 月 日

診療申込書 NO.

ふりがな		男 女	生年月日 年 月 日 歳	ご紹介者
お名前		ご職業 会社員 自営 公務員 専門職 主婦 学生 その他		
ご住所	〒	勤務先 (学校名)		
		自宅 Tel	携帯	
		E mail		

に✓を入れて下さい

どうなさいましたか (複数回答可)	<input type="checkbox"/> 歯がかけた <input type="checkbox"/> 歯に穴があいた <input type="checkbox"/> かぶせ物(詰め物)が取れた <input type="checkbox"/> 上手く噛めない <input type="checkbox"/> 歯(入れ歯)を入れたい <input type="checkbox"/> 歯がグラグラする <input type="checkbox"/> 歯が抜けた <input type="checkbox"/> 歯ぐきが腫れている <input type="checkbox"/> 歯ぐきから出血する <input type="checkbox"/> 歯石を取りたい <input type="checkbox"/> 歯並びが気になる <input type="checkbox"/> 歯の色が気になる <input type="checkbox"/> 口臭が気になる <input type="checkbox"/> お口の中が臭く <input type="checkbox"/> 飲み込みづらい <input type="checkbox"/> あごの調子が悪い <input type="checkbox"/> でき物がある <input type="checkbox"/> 舌が痛い <input type="checkbox"/> 検診希望 <input type="checkbox"/> メンテナンスをしたい <input type="checkbox"/> その他()
お痛みはありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある→ <input type="checkbox"/> しみる <input type="checkbox"/> 噛むと痛い <input type="checkbox"/> 何もしなくても痛い <input type="checkbox"/> その他()
歯の治療の経験は	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある→ <input type="checkbox"/> 当院 <input type="checkbox"/> 他院 年位前に <input type="checkbox"/> 完治 <input type="checkbox"/> 中断
歯科麻酔の経験は	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある→ <input type="checkbox"/> 異常はなかった <input type="checkbox"/> 気分が悪くなった()
歯を抜いた経験は	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある→ <input type="checkbox"/> 異常はなかった <input type="checkbox"/> 異常があった()
アレルギーや副作用は	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある→ <input type="checkbox"/> 薬 <input type="checkbox"/> 食べ物 <input type="checkbox"/> 金属 <input type="checkbox"/> その他(種類:)
今までにかかった病気や 現在かかっている病気は <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある→	<input type="checkbox"/> 心臓 <input type="checkbox"/> 糖尿 <input type="checkbox"/> 肝炎・肝臓 <input type="checkbox"/> 高血圧(/) <input type="checkbox"/> 腎臓 <input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> 血液疾患 <input type="checkbox"/> 脳疾患 <input type="checkbox"/> 消化器 <input type="checkbox"/> 循環器 <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> 骨粗しょう症 <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> 精神疾患 <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍・がん <input type="checkbox"/> その他()
現在のお体の状態は	<input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> あまり良くない(具体的に)
現在かかりつけの病院は	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある→ 病院 科 先生
現在飲んでいるお薬は	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある→薬の種類や薬名()
喫煙されていますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい:1日 本位 <input type="checkbox"/> 禁煙中 <input type="checkbox"/> 以前吸っていた 年位前
妊娠、その可能性は? 授乳中ですか(女性の方)	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 妊娠中:妊娠 ヶ月(ご出産予定日 年 月 日) <input type="checkbox"/> 妊娠の可能性ある <input type="checkbox"/> 授乳中
治療についてのご希望 (複数回答可)	<input type="checkbox"/> 悪いところは治したい <input type="checkbox"/> 気になっているところだけを治したい <input type="checkbox"/> 治療方法を相談しながら治したい <input type="checkbox"/> 極端に怖がりなので注意して欲しい <input type="checkbox"/> 来院回数が増えても少しずつ治療をしたい <input type="checkbox"/> 年 月までに治療を終えたい(理由:) <input type="checkbox"/> その他()
診療時間帯のご希望	<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あり→ 午前 時頃/午後 時頃 月・火・水・金・ ×
次の事柄に興味はあり ますか(複数回答可)	<input type="checkbox"/> お口と全身状態との関わりについて <input type="checkbox"/> 予防 <input type="checkbox"/> 歯周病 <input type="checkbox"/> 口臭 <input type="checkbox"/> ホワイトニング <input type="checkbox"/> 矯正 <input type="checkbox"/> インプラント <input type="checkbox"/> 栄養指導
当院を何でお知りにな りましたか	<input type="checkbox"/> 家族が来ている <input type="checkbox"/> 知人の紹介 <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> インターネット <input type="checkbox"/> 雑誌・本 <input type="checkbox"/> 看板 <input type="checkbox"/> 広告 <input type="checkbox"/> 家が近い <input type="checkbox"/> 職場が近い
マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか※	<input type="checkbox"/> 同意する・同意しない

※1 マイナ保険証とはマイナンバーカードの健康保険証利用のことです

※2 マイナ保険証による情報取得の同意した患者については、直近1ヶ月以内の処方薬を除き記載を省略可能です

※3 義務化(厚労省通達)