診療申込書

年　　月　　日

フリガナ お名前		男 女	生年月日	大　昭　平 年　　月　　日
ご住所	TEL			
ご職業				
勤務先住所	TEL			
ご紹介者				
主治医	病院　　先生			

◎次の項目は診療に大切なものです。お手数ですが、下記の項目に○またはご記入ください。

どうなさいましたか	1. 虫歯の治療をしたい　2. 義歯(入れ歯)を入れてほしい 3. 歯の清掃をしてほしい　4. その他(　　)					
どこがお痛みですか	右上　上前　左上　右下　下前　左下　　1. 歯　2. 歯肉　3. あご					
歯の麻酔注射をしたことがありますか	ない	ある	その時異常がありましたか	ない	ある	
歯を抜いたことがありますか	ない	ある	その時異常がありましたか	ない	ある	
	その時の異常は　1. 貧血を起こした　2. 血が止まりにくかった 3. 腫れた　4. 熱が出た　5. その他 (　　)					
特異体質やアレルギーはありますか	ない	ある	薬(　　)食品(　　)その他(　　)			
今までに大きな病気をしたことは	ない	ある	1.心臓　2.高血圧　3.肝臓　4.腎臓　5.胃 6.糖尿病　その他(　　)			
最近医者にかかったことは	ない	ある	1.内科　2.外科　3.婦人科　4.眼科　5.耳鼻科　6.神経科 7.妊娠　ヵ月　その他(　　)			
現在薬を飲んでいますか	ない	ある	その薬は			

この機会に	1.今痛むところだけ治したい。　2.悪いところは全部治したい。　3.相談の上、治療したい。 4.歯石を[取りたい・取らない]　5.治療後も、引き続き定期健診を受けたい。
診療についてのご希望は	1.保険だけの治療をしてほしい。 2.なるべく保険で、保険のきかないところは説明の上、自費でも構わない。 3.説明の上、自費で最も良い材料と方法で治療してほしい。
その他、予約時間・期間等ご希望がございましたらご記入下さい。	

どうもありがとうございました。

国吉歯科医院