

診療申込書

初診 年 月 日

お手数ですが下記の質問は、治療をおこなう上で重要なことばかり
ですから、正しく記入を、お願い致します。

該当する番号に○印をして下さい。
(いくつでもけっこうです)

● どうしましたか。

1. 歯が痛い。()日前から
2. 歯ぐきがはれた。()日前から
3. 今は痛くないが虫歯がある。
4. 歯ぐきから血が出る。歯が動く。
5. 歯のない所に入れたい。(入歯など)
6. 以前に入れたものがこわれた。
7. 歯をきれいにしてほしい(歯石など)
8. 歯ならび(矯正治療)について
9. その他()

● 前回歯の治療を受けられたのは。

1. 約 年前 (当院・他院)
2. 歯の治療は初めてです。

● 診療に対する希望。

1. 悪い歯は全部治したい。
2. 今、痛んでいる歯だけでよい。

● 治療の方法について。

1. 全て保険の範囲内でよい。
2. 保険以外多少の費用がかかってもよい。

● あなたの体の状態。

1. 現在の健康状態。
良好 ・ 普通 ・ 不良
2. 内科的病気は
ある ・ ない ・ 以前あった
〔 心臓病・高血圧・腎臓病・肝臓病 〕
〔 胃腸病・糖尿病・リュウマチ・ 〕
〔 ちく膿・その他() 〕
3. 現在続けて飲んでいる薬は
ある() ・ ない
4. 薬でアレルギーや副作用を起した事は
ある() ・ ない
5. 血のとまりにくい事が
ある ・ ない
6. 以前、歯を抜いた事が
ある ・ ない
7. 現在、妊娠中ですか。
はい(月) ・ いいえ
8. かかりつけの内科医院があれば
_____ 医院

● 当院を選んだ理由。

1. 知人の紹介で
紹介者・住所
氏名
2. その他()

ふりがな 氏名		男 女	明 大 昭 平	年 月 日	生 才
住 所	〒 _____ でんわ _____				
勤 務 先	_____ でんわ _____				

KAWAI DENTAL CLINIC
河合歯科医院
院長 河合篤史