

診療申込書（予診表）



来院日： 年 月 日

治療の参考にいたしますので、ありのままできるだけ詳しくご記入ください。なお、ご記入いただいた内容は当院で定めた利用目的でのみ利用いたします。

必要に応じて記入または○で囲んでください。（複数選択可能です）

ふりがな 氏名	男 女	年齢	明治・大正・昭和・平成 年 月 日生
住所	〒 -		
	TEL () 携帯電話 - -		
勤務先名称	TEL ()		職業
かかりつけ 医師/医院	内・小児・外科	医院	先生 TEL
	産婦人・泌尿器科	医院	先生 TEL
予約希望時間	曜日 時頃 ・いつでもよい ・ 月 日までに		

- 当院へ来られたきっかけ
紹介された () 様より)・通りがかり・家もしくは職場が近いので
ホームページを見て・その他 ()
- 来院された理由 (いくつでも)
検診・歯が痛い・むし歯の治療・歯が割れた・歯を白くしたい・歯周病 (歯槽膿漏)
歯石とり (口腔清掃)・歯ぐきから血が出る・口臭・入れ歯・かみ合わせが悪い・あごが痛い
歯並び・インプラントの相談・その他 ()
- いままで歯の治療で何か変わったことはございましたか
治療経験がない・治療の経験はあるが何ともなかった・気分が悪くなった・貧血になった
麻酔が効きにくかった・血が止まりにくかった・嘔吐反射がきつい・その他 ()
- 全身の健康状態はいかがでしょう (現在治療中の場合は○印、治療が終わっている場合は△印をおつけください)
特になし・高血圧 (最高血圧 /最低血圧)・低血圧・糖尿病 (空腹時血糖)
心臓疾患 ()・脳梗塞・脳出血・肝臓疾患 ()・緑内障・白内障
骨粗鬆症・甲状腺疾患・扁桃腺肥大症・その他 ()
- 女性の方に 妊娠中 (ヶ月)・授乳中
- アレルギーはございますか
特になし・薬剤 ()・金属 ()
ぜんそく・花粉・魚・卵・その他食べ物 ()
- 現在服用している薬や医師に注意されていることはございますか
はい ()・いいえ
- 近親の方で癌や感染症で亡くなられた方はいらっしゃいますか
なし・あり (あなたとの関係 病名 いつ頃)
- 当院への交通手段と所要時間
徒歩・自転車・電車・車・その他 () 約 時間 分
- 治療に対するご希望
悪いところは全部直したい・今回は応急処置のみ希望する・その他 ()
- 治療の方針および治療費について
a 保険の範囲で治療してほしい・ b なるべく保険の範囲内で多少費用がかかってもよい
c 保険にとらわれず最良の方法で治してほしい・ d 説明を聞いてから決定する