

診 療 申 込 書

No. _____

年 月 日

ふりがな
お名前 _____ 生年月日 年 月 日 () 歳 男・女

〒 _____
ご住所 _____

ご職業 _____ TEL. _____

I 当院をどのようにしてお知りになりましたか？

●近い ●看板 ●ホームページを見て ●通りがかり ●家族、知人の紹介 (_____ 様)

II 本日は、どうされましたか？

●治療希望 (_____) ●検診、クリーニング希望

III 現在痛みは有りますか？

●なし ●有り (かなり痛い 時々痛い 違和感が強い)

IV お口以外に具合に悪い所はありますか？

●なし ●有り 肝臓 腎臓 高血圧 血液疾患 狭心症 心筋梗塞 脳卒中 糖尿病
自律神経 心身症 骨粗鬆症 B型肝炎 C型肝炎 エイズ
その他 (_____)

V 現在、他のお医者様にかかっていますか？

●なし ●有り (病院名 _____ / _____ 科)

VI 今までに薬や注射で副作用は有りましたか？

●なし ●有り (薬剤名 _____) (その他 _____)

VII アレルギー体質ですか？

●いいえ ●はい (原因 _____)

VIII 抜歯した時、あるいはけがをした時に血が止まりにくかったことは有りますか？

●いいえ ●はい

IX 歯科治療時に貧血、ショック、異常を起こしたことは有りますか？

●いいえ ●はい

X その他、該当するところをお書きください。

●妊娠 (_____ ヶ月) ●授乳中 ●口が開けづらい ●吐き気がしやすい ●血が止まりにくい

XI 診療について

A. 患者様に最適な治療法を選択する上で参考にいたしますので、ご回答ください。

治療で重要視するところに○、特に最重要視するところに◎をつけてください。

- a. 機能性・・・出来るだけ違和感なく噛める。
- b. 耐久性・・・詰め物、被せ物、入れ歯が出来るだけ長く持つ。
- c. 審美性・・・天然の歯と同じくらい美しく、自然に見える。
- d. 安全性・・・金属アレルギーになりづらく、身体に優しい材料であること。

B.a. 全問のa～dの項目よりとにかく治療費を少なく抑えたい。

b. 治療費は抑えたいが、全問のa～dの項目も考慮に入れた治療の違いについて説明を受けたい。

c. 治療費に関わらず、自分に最適な治療を提案して欲しい。

XII その他、ご要望をご記入ください。

(_____)