

診療申込書

受付日 年 月 日

フリガナ	性別	生年月日
氏名	男・女	大・昭・平・令 年 月 日
住所(〒) 自宅Tel () 携帯Tel ()		
職業	ご紹介者 様	
メールアドレス:		
どうなさいましたか？	1: 歯が痛い しみる ()日位前から (右: 左: 上: 下) 2: 歯茎が痛い 3: つめものが取れた 4: むし歯(特に痛みはない) 5: 入れ歯の相談 6: 歯石を取りたい 7: その他	
歯を抜いたことがありますか？	1.ある 2.ない	
その際異常がありましたか？	1.ある () 2.ない	
特殊体質、アレルギーはありませんか？	1.ある () 2.ない	
現在服用中のお薬はありますか？	1.ある (薬品名) _____ ・以前異常の出た薬 2.ない	
内科的な病気はありますか？	1.特になし 2.病気ではないが現在体調が悪い 3.高血圧 4.心臓病 5.肝炎(B型・C型)・肝臓病 6.腎臓病(透析など) 7.胃腸疾患 8.骨粗しょう症 9.アレルギー 10. 糖尿病 11. 副鼻腔炎蓄膿 12. その他	
おからだの具合(不定愁訴)	1.特に問題ない 2.肩こり 3.頭痛 4.疲れやすい 5.その他全身症状 ()	
現在通院中の病気はありますか？	1.ある () 2.ない	
新型コロナワクチン接種はしましたか？	1. 接種済(回) 直近接種日 年 月 日 2.接種していない	
現在妊娠中ですか？	1.妊娠 週目 予定日:令和 年 月 日 2: 授乳中 (産後 ヶ月)	
どのような治療をご希望ですか？	1: 歯の神経を残す薬を使いたい 2: 銀歯を白くしたい 3:高濃度ビタミンc点滴をしたい 4:血液クレンジングをしたい 5: 夜間のみ矯正をしたい 6: 歯を白くするホワイトニングをしたい 7: オーダーメイドのサプリメントを飲みたい 8: 自分に合うかみ合わせを作りたい 9: ぐらぐらになった歯を残したい 10: 見えない入れ歯を作りたい	
なぜ当院を選ばれましたか？	1.自宅が近い、通勤に便利 2.家族や知人の紹介 3.看板を見て 4.ホームページ・EPARK・SNS 5.その他()	
歯科で嫌な思いをされたことがありますか？		
その他、ご希望や気になる事柄を記入ください		
治療中に撮影した口腔内写真などを、院内外セミナー時に症例として使用することがあります。 ・使用する場合は、個人情報保護は保護され特定されません。同意されない場合は、こちらへご記入ください() ・無記入の場合は、同意されたものといたします。		