

年 月 日

カルテ No.

## 診療申込書

大阪中之島デンタルクリニック

フリガナ		男	生年月日 (満 歳)
お名前		女	昭・平 年 月 日
ご住所	〒	お電話番号 ( ) 携帯番号 ( )	
勤務先		E-mail	

来院理由	<input type="checkbox"/> 歯の検診をしてほしい <input type="checkbox"/> 歯石を取ってほしい <input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> 歯ぐきが痛い・はれている <input type="checkbox"/> むし歯がある <input type="checkbox"/> 歯がなくて噛めない為 <input type="checkbox"/> インプラントを考えている <input type="checkbox"/> 歯並びをキレイにしたい <input type="checkbox"/> つめものが取れた <input type="checkbox"/> 入れ歯の具合が悪い <input type="checkbox"/> その他( )
当院をお知りになった理由は?	<input type="checkbox"/> 知人・家族からの紹介 (ご紹介者名: ) <input type="checkbox"/> ホームページを見て <input type="checkbox"/> 書籍 ( ) <input type="checkbox"/> 近いから <input type="checkbox"/> その他 ( )
前回治療を受けられたのは?	<input type="checkbox"/> 他院で ( 年 月前) <input type="checkbox"/> うけたことがない
その時の感想は?	<input type="checkbox"/> 痛かった <input type="checkbox"/> 痛くなかった <input type="checkbox"/> 怖かった <input type="checkbox"/> 優しくかった <input type="checkbox"/> 通院が大変 <input type="checkbox"/> 便利だった <input type="checkbox"/> 説明してくれなかった <input type="checkbox"/> よく理解できた <input type="checkbox"/> その他 ( )
治療についてご希望があれば	<input type="checkbox"/> 月 日までに治療を終えてほしい <input type="checkbox"/> 一度にたくさん治療し、来院回数を少なくしてほしい <input type="checkbox"/> 極端に“こわがり”なので、注意してほしい <input type="checkbox"/> 痛いところ、困っているところだけでなく、お口の中全体を治してほしい <input type="checkbox"/> 自分の歯についてのカウンセリング(相談)の時間を設けてほしい <input type="checkbox"/> 歯だけでなく生活習慣、体調管理も含めた指導を受けたい
現在の健康状態は	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 不良   ※女性の方のみ <input type="checkbox"/> 妊娠中 ( ヶ月)
今までにかかった病気は?	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(※あるをお選びの方は下の項目にご記入下さい。) <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> 高血圧( / )mmHg <input type="checkbox"/> 低血圧( / )mmHg <input type="checkbox"/> 肝炎( 型) <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> アレルギー( ) <input type="checkbox"/> その他( )
服用しているお薬はありますか?	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある( )
服用しているサブリはありますか?	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある( )
当院をお選びになった理由は?	<input type="checkbox"/> 無痛治療 <input type="checkbox"/> 短期集中 <input type="checkbox"/> むし歯や歯周病予防 <input type="checkbox"/> 最新の設備 <input type="checkbox"/> 全身の健康管理もできると聞いた為 <input type="checkbox"/> インプラントの症例数が多いから
生活習慣についてお聞きします。	あまい物は好まれますか? <input type="checkbox"/> 好き <input type="checkbox"/> たまに食べる <input type="checkbox"/> ほとんど食べない たばこをお吸いになりますか? <input type="checkbox"/> 全く吸ったことがない <input type="checkbox"/> 以前吸っていた(1日約 本) <input type="checkbox"/> 吸っている(1日約 本) 睡眠中、歯ぎしりをしますか? <input type="checkbox"/> する(していると言われる) <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> わからない(指摘されたことがない)
その他、気になることやご希望がございましたら、ご記入ください	