

診療申込書

No. _____ Date. _____

ふりがな

氏名: _____ 生年月日: _____年 _____月 _____日

住所: _____

自宅電話: _____ 携帯電話: _____

当院からの緊急時連絡方法 自宅電話 携帯電話

全身状態についてお伺いします

今までにかかった病気 または 現在治療中の病気

- なし
- 高血圧 心臓病 脳梗塞 糖尿病
- 肝炎 骨粗しょう症 がん ぜんそく
- リウマチ その他 _____

現在通院中の他医院

_____ (_____ 科) _____ (_____ 科)

現在服用中のお薬

- なし
- あり _____

アレルギー

- なし
- あり _____

治療に対するご希望 (複数回答可)

- とにかく痛いところだけ治療したい
- すべて保険診療内で治療したい
- できるだけ早く(少ない回数で)治療したい
- 検査・説明を受けて計画的に治療したい
- 保険給付対象外の治療があれば、説明を受けたい
- よくわからない

2枚目もご記入ください

本日はどうなされましたか？（複数回答可、後ほど具体的にお伺いします）

- 痛いところ 気になるところ がある
- かぶせ物が取れた または かぶせ物を入れたい
- 検査をしてほしい
- 歯石を取りたい
- 入れ歯の具合が悪い
- 入れ歯を新しく作りたい
- 歯を白くしたい
- その他 _____

当院をどのようにお知りになりましたか？

- 人から聞いた（紹介された） 紹介者 _____ 様
- 広告・看板を見て インターネットを見て
- 電話帳を見て たまたま通りかかって
- その他 _____

治療がすべて完了した後、定期健診を

- 希望します 必要ありません

定期健診を希望する場合、当院からのお知らせ方法を選択してください

- はがき 電話 メール

通院するのに都合の良い時間があればお教えてください

	月	火	水	木	金	土	日
午前 9:30～12:30							
午後 2:30～ 7:30							

ご意見ご希望がございましたらお書きください
