

診療申込書

*)ここで記入していただいた内容は診療以外の目的で使用することはございません。

フリガナ お名前		性別	男・女	生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日生(才)
ご住所	〒 TEL () -				
e-mail	@		mobile (- -)		
ご職業 (勤務先)			ご住所 TEL(- -)		

次の項目は診療上とても大切な内容です。お手数ですが、可能な範囲でお答えくださいますようお願い申し上げます。

当院をお知りになった きっかけをお聞かせく ださい	<input type="checkbox"/> 知人のご紹介(ご紹介様のお名前 ; 様) <input type="checkbox"/> ホームページを見て <input type="checkbox"/> インターネットの情報から <input type="checkbox"/> 電柱広告 <input type="checkbox"/> 駅看板広告 <input type="checkbox"/> 自宅の近くだから <input type="checkbox"/> 職場の近くだから <input type="checkbox"/> ショッピングタウンあいたいの広告で <input type="checkbox"/> その他
どうなさいましたか	<input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> 虫歯がある <input type="checkbox"/> 詰め物、被せ物がとれた <input type="checkbox"/> 定期検診 <input type="checkbox"/> 相談 <input type="checkbox"/> 歯肉が腫れた <input type="checkbox"/> 歯肉から出血する <input type="checkbox"/> 歯がぐらぐらする <input type="checkbox"/> 歯の清掃 <input type="checkbox"/> 口臭が気になる <input type="checkbox"/> 顎が痛い(顎関節症) <input type="checkbox"/> できものがある <input type="checkbox"/> 歯並びが気になる <input type="checkbox"/> ホワイトニングに興味がある <input type="checkbox"/> その他 ()
いつからですか	<input type="checkbox"/> 今日初めて <input type="checkbox"/> 数日前から <input type="checkbox"/> 数週間前から <input type="checkbox"/> 数か月前から <input type="checkbox"/> 数年前から <input type="checkbox"/> 時々
全身状態について	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 調子が悪い()
大きな病気をしたこと がありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 脳神経血管障害 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心身症 <input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> リウマチ <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> 自己免疫疾患 <input type="checkbox"/> 感染症 <input type="checkbox"/> 血液疾患 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 高血圧(/) <input type="checkbox"/> その他()
妊娠していますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 可能性はある <input type="checkbox"/> はい (月) 出産予定日 (年 月 日)
現在、薬の服用はあり ますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (薬名をお書きください)
アレルギーはありますか (薬、食品、金属等)	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ()
通院中の病院はござ いますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (医療機関名:主治医)
歯科治療で具合が悪く なったことがありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 出血が止まりにくかった <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 気分が悪くなった <input type="checkbox"/> 痛みが続いた <input type="checkbox"/> 熱が出た <input type="checkbox"/> 顎が外れた <input type="checkbox"/> その他()
歯科麻酔について	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 麻酔が効かなかった <input type="checkbox"/> 気分が悪くなった <input type="checkbox"/> その他()
歯科治療への恐怖心につて	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (1. 少し怖い 2. 怖い 3. たいへん怖い)
この機会に	<input type="checkbox"/> 悪いところは全部治してほしい <input type="checkbox"/> 痛むところだけ治してほしい <input type="checkbox"/> 相談の上
診療は	<input type="checkbox"/> 健康保険の範囲で治したい <input type="checkbox"/> 自費診療も併用したい <input type="checkbox"/> 最も良い方法で治して欲しい
診療ご希望の曜日は	<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日 <input type="checkbox"/> いつでも <input type="checkbox"/> 不定期
その時間帯は	<input type="checkbox"/> 午前中 <input type="checkbox"/> 午後 <input type="checkbox"/> 夜

当院では1口腔1単位の考えで、口腔全体の予防歯科(虫歯、歯周病予防)を行いながら治療を進めてまいります。
何かご不明な点、ご希望などございましたら遠慮なくお尋ね下さい。

その他当院に伝えてお きたい事項、ご要望ご ざいましたらご記入く ださい	
---	--

ご協力大変ありがとうございました。

〒224-0003 横浜市都筑区中川中央1-1-3-502ショッピングタウンあいたい5F

TEL 045-911-0990 FAX 045-911-1339

URL: <http://www.itidental.com/>

E-mail: itidentalclinic0459110990@gmail.com

あいたい歯科クリニック