

診療申込書

カルテNo.

年 月 日

ふりがな

お名前

様 男 女 歳 生年月日 大・昭・平 年 月 日

□□□□□□□□

職業

固定電話

携帯電話

E-mail

※スマートフォン・携帯・PC いずれか
@

ご住所

会社名

お勤め先
又は連絡先

ご住所

電話

当院のホームページは 見たことがある 見たことがない

〔ぜひホームページについてのご感想をお聞かせください。〕

こちらの医院には はじめて 前に来たことがある (____カ月前 ・ ____年位前)

- 知人・家族の紹介(ご紹介者名 _____ 様)
 他の医療機関からの紹介(病院/診療所名 _____)
 地下鉄広告を見て 看板を見て ポスティングハガキを見て タウンページ・iタウンページを見て
 ホームページを見て Facebook を見て まんまる新聞を見て Qlife 病院検索サイトを見て
 メディカルガイド・ママチャを見て その他(_____)

通院方法 徒歩 自転車 地下鉄 バス 車 その他 (_____)

予診票

1 下記のことがらにあてはまる場合は□○の枠内に✓印をつけてお答え下さい。あてはまらない場合はその他の欄に具体的に記入ください。

どうなさいましたか	<input type="checkbox"/> むし歯がある <input type="checkbox"/> 歯肉がおかしい <input type="checkbox"/> 親知らずが痛い <input type="radio"/> 痛みはない <input type="radio"/> 歯ぐきから血がでる <input type="radio"/> 痛みがある <input type="radio"/> 歯ぐきがはれて痛い <input type="checkbox"/> つめたもの、かぶせたもの、さし歯がとれた <input type="checkbox"/> 入れ歯の具合が悪い(こわれた、痛い、作りたい) <input type="checkbox"/> 歯のぬけたところをなおしたい <input type="checkbox"/> あごの関節が痛い <input type="checkbox"/> 歯ならびをなおしたい <input type="checkbox"/> 歯石・着色をとってほしい <input type="checkbox"/> 悪いところがないか診てほしい <input type="checkbox"/> その他(_____)
それはどこですか	<input type="checkbox"/> 右上奥歯 <input type="checkbox"/> 右下奥歯 <input type="checkbox"/> 上前歯 <input type="checkbox"/> 下前歯 <input type="checkbox"/> 左上奥歯 <input type="checkbox"/> 左下奥歯
それはいつごろからですか	____日前から・____カ月前から その他(_____)

2 歯の治療についてのご希望や、歯科医に伝えたいことなどがありましたらお書きください。

裏面もご記入ください。▶

