

診療申込書

20 年 月 日現在

カルテNo. _____

フリガナ	性別	生年月日	年齢
氏名	男・女	明・大・昭・平 年 月 日生	歳
現住所 〒			
自宅電話 ()	携帯電話 ()	緊急連絡先 ()	
都合により連絡をお取りすることがありますが、どちらがよろしいでしょうか 自宅電話 ・ 携帯電話 ・ E-Mail (@)			

(1) 受診の理由をお聞かせください。

- A. ムシ歯の治療をしたい
 a:痛くてたまらない b:かむと痛い c:時々痛い
 d:しみる e:痛みは無い
- B. 歯が浮いている
 C. 歯ぐきが腫れた
 D. つめものがとれた
 E. 義歯がこわれた
 F. 歯を白くしたい
 G. インプラント(人工歯根)をいれたい
 H. 歯石除去・クリーニングをしてほしい
 I. フッ素を塗ってほしい
 J. 検診をしてほしい
 K. その他()

(2) どのような治療をご希望ですか(複数可)

- 今痛みがあるところだけを治療してほしい
- 悪いところはすべて治療してほしい
- 保険の範囲内で治療してほしい
- 最も良い材料で。保険の範囲外でもかまわない
- 医師と相談して決めたい

(3) 以前に歯科の診療を受けられたのはいつですか

()ヶ月前 ()年前 受けたことがない

そのときは治りましたか はい いいえ 途中でやめた

(4) 現在、病気にかかっていますか

はい(病名:) いいえ

(5) 現在、薬を飲んでいらっしゃいますか

はい(薬品名:) いいえ

(6) 今までにどの病気になられたことがありますか

- なし
- 心臓病
- リウマチ
- てんかん
- 甲状腺の病気
- 腎臓病
- 高血圧症(通常 / 投薬 /)
- ぜんそく
- 糖尿病
- 脳卒中
- 肝臓病・肝炎(A・B・C・その他)
- HIV
- その他()

(7) 麻酔(全身・局所)をして手術を受けたり、抜歯をしたことがありますか

はい いいえ

その時、気分が悪くなったり、異常反応がありましたか はい いいえ

(8) 薬でアレルギー反応がでたことがありますか

はい いいえ

(9) 出血が止まりにくかったことがありますか

はい いいえ

(10) 副腎皮質ホルモン剤(プレドニン・コージソン等)使用されたことがありますか

はい いいえ

(11) 現在、妊娠中ですか

はい いいえ

(12) 医師・歯科医師より薬の使用に注意するよういわれたことがありますか

はい いいえ

(13) 歯科医師に特にお伝えになりたいことがございましたらご記入ください

ご記入ありがとうございました。

TKG 小日向台町歯科

〒112-0006 東京都文京区 小日向 3-7-4 メゾンたかむら 1 階

- 丸ノ内線「茗荷谷駅」より徒歩6分
- 有楽町線「護国寺駅」5番出口より徒歩約9分
- 有楽町線「江戸川橋駅」3番出口より徒歩約9分

ご予約 03-5395-6480

診療時間

平日：10：00～13：00, 15：00～20：00

土日：10：00～13：00, 14：00～17：00

休診日 祝日

土日も診療します。新患・急患随時受付

ホームページ特典

歯ブラシプレゼント

当院ホームページにアクセスいただき
 ありがとうございます。
 歯ブラシをプレゼントさせていただきます。

お口の中の事・治療の事で
 わからない事、疑問に思った事は
 何でも聞いてください！

