

# 診療申込書

フリガナ  
氏名：

年 月 日生

〒  
住所：

電話：( )

勤務先：

電話：( )

ご紹介者：

様より

これらの調査は、より良い診断と治療をするための参考にいたしますので詳しくご記入ください。  
なお、下記の事項は当院のプライバシーポリシーに基づいて厳重に管理され、外部に漏洩することはありません。

(○で囲んで下さい)

- 現在の健康状態は  
良好 普通 不良 妊娠 ( ) 週
- 今までにかかった病気は  
心臓病 肝臓病 腎臓病 高血圧  
低血圧 糖尿病 胃腸病 呼吸病  
血液疾患 リュウマチ  
その他( )
- 現在お医者さんにかかっていますか  
a. はい b. いいえ  
その病名は \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ 病院 医院
- 現飲んでいる薬がありますか  
a. ある b. ない  
その薬名 \_\_\_\_\_
- お医者さんから使用にあたって注意または使用不能といわれた薬がありますか  
(ペニシリンピリン系の薬 麻酔薬など)  
a. ある b. ない c. わからない  
その薬名 \_\_\_\_\_
- 今までに歯の治療をして異常がありましたか  
a. なかった b. 血が止まりにくい  
c. 熱が出た d. 麻酔がきかない  
e. 脳貧血 f. その他( )

- どのような理由で来院されましたか  
・甘もの、冷たいもの、熱いものがしみる  
・痛い、はれている、歯がぐらぐらする  
・義歯をいれたい  
・その他 \_\_\_\_\_
- この機会に  
a. 悪い歯は全部治したい  
b. 今痛んでいる歯だけ治したい  
c. 今回は応急処置に止めたい  
① 治療がこわい  
② 暇がない  
③ 費用の問題  
④
- 治療内容について  
a. 保険の範囲で治療してほしい  
b. 必要があれば費用を多少かけてもよい  
c. 最も良い材料と方法での治療(保険外)を希望する
- 当院で治療されたことはありますか  
a. はい 年 月 日ごろ
- 治療時間について  
・いつでもよい  
・できるだけ 曜日 午前・午後 時位
- なぜ当院を選ばれましたか  
またご希望をお聞かせください



医療法人社団 仁愛会

くさかべ歯科医院