

担当：

診療申込み

カルテ No. _____

フリガナ		性別	生年月日
お名前		男・女	明・大・昭・平 年 月 (満 歳)
ご住所	〒	TEL	— —
		携帯 TEL	— —
ご職業		E-mail	@
どうなさいましたか	☐ 歯が痛い（しみる、ズキズキ痛い、かむと痛い、はれた、その他） ☐ 口臭がある ☐ 歯ぐきから血が出る ☐ 口の中にできものがある ☐ 入れ歯が合わない ☐ 入れ歯を入りたい ☐ 顔がはれている ☐ 歯石を取りたい ☐ 検診をしてほしい ☐ その他（ ）		
当院をお知りになった理由は？	☐ 知人・家族の紹介（ご紹介者： ） ☐ 看板をみて ☐ 建物をみて ☐ ホームページ ☐ 近いから ☐ その他（ ）		
前回歯科治療を受けたのはいつ頃ですか	☐ 当院で （ 年 月前） ☐ 他院で （ 年 月前）		
その時の感想をお聞かせください	☐ 痛かった ☐ 痛くなかった ☐ 怖かった ☐ 優しくかった ☐ 通院が大変 ☐ 通院が便利 ☐ 説明してくれなかった ☐ よく理解できた ☐ その他（ ）		
診療について要望はございますか	☐ 月 日までに治療を終えたい ☐ 一度にたくさん治療して、来院回数を少なくしたい ☐ 来院の回数は増えても、一度の治療は少しずつにしてほしい ☐ 極端にこわがりなので、注意してほしい ☐ 痛いところ、困っているところだけを治してほしい ☐ 痛いところ、困っているところだけでなく、お口の中全体を治してほしい ☐ 自分の歯についてのカウンセリング（相談）の時間を設けてほしい ☐ その他（ ）		
予約について要望はございますか	: 来院できる時間帯 ☐ 午前 時頃 ☐ 午後 時頃 : 来院できる曜日 ☐ 月 ☐ 火 ☐ 水 ☐ 木 ☐ 金 ☐ 土		
現在の健康状態	☐ 良好 ☐ 普通 ☐ 不良 ☐ 妊娠中（ ）ヶ月 ※女性の方のみ		
今までにかかった病気はございますか	☐ 特になし ☐ 糖尿病 ☐ 心臓病 ☐ 高血圧 ☐ 低血圧 ☐ 腎臓病 ☐ 肝臓病 ☐ 結核 ☐ 肝炎 ☐ その他（ ）		
次のようなことがございますか	☐ 傷が化膿しやすい ☐ ジンマシンがしやすい ☐ 湿疹がしやすい ☐ 口内炎にかかりやすい ☐ 薬過敏（薬品名： ） ☐ 下痢しやすい ☐ 喘息がある ☐ 風邪を引きやすい ☐ 血が止まりにくい ☐ 薬を飲むと胃が悪くなる ☐ 花粉症である ☐ その他（ ）		
現在服用している薬はございますか	☐ 飲んでいない ☐ ビタミン剤 ☐ ホルモン剤 ☐ 血圧の薬 ☐ 糖尿の薬 ☐ その他（ ）		
以前に歯を抜いたことがございますか	☐ いいえ ☐ はい 以下、「はい」のみお答えください ☐ 気分が悪くなった ☐ 血が止まりにくかった ☐ その他（ ）		
血圧の状態	☐ 高い ☐ 普通 ☐ 低い 最高（ ） 最低（ ）		
その他、気になることやご要望がございましたらご記入ください。			