



No.

AO1 DENTAL CLINIC

診療申込書

年 月 日

フリガナ		性別	生年月日	年齢
氏名		男・女	明治・大正・昭和・平成 年 月 日生	才
現住所	〒		携帯 ()	
			電話 ()	
勤務先 (会社名)	〒		職業	
	電話 ()		紹介者	
E-mail	携帯電話 パソコン		(会社・自宅)	

当クリニックは、あなたの健康状態を知り、ぜひ治療上の参考にさせて頂きたいと考えております。つきましては、次の事項にできるだけ詳しくお答えください。
なお、この資料の秘密は絶対に厳守させていただきます。

① 来院の理由をお聞かせ下さい。

1. 歯が痛い (日前から)
2. 歯ぐきが痛い (日前から)
3. 歯ぐきがはれた (日前から)
4. 虫歯がある
5. 口臭が気になる
6. 歯ぐきから血が出る
7. 入れ歯の調子が悪い
8. つめものがとれた
9. 歯の外観がきになる
10. 歯石をとりたい (クリーニング希望)
11. その他 ()

どのような治療をお望みですか

1. いま痛んでいるところだけ治したい
2. この機会に悪い所はすべて治したい
3. 保険の範囲で治したい
4. なるべく保険で、保険のきかない所は自費でもかまわない
5. 保険の範囲外でも最も良い材料と方法で治したい
6. 多少時間が長くても、一度に多くの治療をしてほしい
7. 1回の治療時間を短くしてほしい
8. 相談して決めたい
9. よくわからない

*麻酔の注射をして、歯の治療をしたことがありますか？	はい	いいえ
*歯を抜いたことがありますか？	はい (約 年前)	いいえ
*歯の治療をしている時 (歯を抜いたり、注射をしたり) 気分が悪くなったことがありますか？	はい	いいえ
*歯を抜いた時、血がとまりにくかったことがありますか？	はい	いいえ

〈 2 ページ目 (裏面) もご記入ください 〉

*食べ物や薬などで、体質に合わないものがありますか？ はい (薬) いいえ
(例 じんましん、アレルギー)

*現在、治療中の病気、又は持病の様なものがありますか？ はい (病名) いいえ

*現在、内服している薬がありますか？ はい (薬名) いいえ

*かかりつけのお医者さんはいますか？ はい
医院・病院 先生

*妊娠している可能性がありますか？ はい (約 月) いいえ

*現在の健康状態は良好ですか？ はい いいえ

② 今までに次の病気にかかったことがありますか？

1. 心臓病 2. 高血圧 3. 糖尿病 4. 肝臓病 5. ウィルス性肝炎
6. 腎臓病 7. ぜんそく 8. 血液の病気 9. てんかん 10. 甲状腺の病気
11. 蓄膿症 12. その他 ()

③ 通院されるのに御都合のよい、曜日、時間帯をお知らせ下さい。下記の表に○をお付けください。

	月	火	水	木	金	土
10：00～12：00						
12：00～14：00						
14：00～17：00						
17：00～20：00						

④ 担当する歯科医師のご希望はございますか？

はい(歯科医師名：) ・ いいえ

⑤ 上記以外、歯科治療に関連してお伝えになりたい事がありましたらご記入ください。

※ 治療についての質問 今までに受けた治療で以下に書いてある様な経験をされた方は、✓印をつけて下さい。

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> とても痛い思いやこわい思いをした | <input type="checkbox"/> 待ち時間が長かった |
| <input type="checkbox"/> 治療中気分が悪くなったりショックや貧血を起こした | <input type="checkbox"/> 治療した歯がすぐだめになった |
| <input type="checkbox"/> 先生や女性の従業員が不親切で嫌な感じがした | <input type="checkbox"/> 治療費が高すぎと思った |
| <input type="checkbox"/> 1本の歯を治すのに何回も通わねばならなかった | <input type="checkbox"/> よく相談にのってくれなかった |
| <input type="checkbox"/> 時間の都合が医院と折り合わず通うのに苦労した | <input type="checkbox"/> つめたものがすぐとれた |

以上の項目により診療を申し込みます。

- 当院では、患者様が安心して歯科診療を受けることができるように、全ての患者様にディスポーザブル(使い捨ての器具【ミラー、ピンセット、深針、トレーなど】)を使用することにより更なる院内感染防止に努めております。そのため、大変恐縮ながら毎回の診療時に100円のご負担をお願いしております。何卒、ご理解とご協力の程、宜しくお願い申し上げます。
- 治療計画およびその方法については、くわしくご相談ください。