

診療申込書 ㊟



ふりがな
氏名

生年月日
明・大・昭・平 年 月 日

住所 〒

電話番号

職業

勤務先(学校)

【名称】 電話番号 内線()

【住所】 〒

どうなさいましたか？	<input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> つめたものがとれた <input type="checkbox"/> 歯がぐらぐらする <input type="checkbox"/> 歯肉から血が出る <input type="checkbox"/> 義歯を入れたい <input type="checkbox"/> その他()
当院におみえになったのは？	<input type="checkbox"/> はじめて <input type="checkbox"/> 以前来たことがある()
歯を抜いた時異常は？	<input type="checkbox"/> 抜いたことが無い <input type="checkbox"/> 異常はなかった <input type="checkbox"/> ある 血が止まらなかった 貧血を起こした その他()
薬を使用して異常は？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある 麻酔薬 抗生物質 ピリン系 その他()
内科の病気にかかっていますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい 心臓 腎臓 肝臓 胃腸 高血圧 糖尿 その他()
現在かかっている病気	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある 病名() 医院名()
服用中の薬はありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある 薬名()
治療範囲について	<input type="checkbox"/> 悪いところを全部治したい <input type="checkbox"/> 痛いところだけでよい
治療費について	<input type="checkbox"/> 健康保険の範囲で治したい <input type="checkbox"/> なるべく保険で治したい <input type="checkbox"/> よく相談して決めたい
現在妊娠・授乳中ですか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (妊娠 ヶ月 ・ 授乳中)
治療希望時間は？	<input type="checkbox"/> 午前中 <input type="checkbox"/> 正午～午後1時30分頃 <input type="checkbox"/> 午後3時～午後5時頃 <input type="checkbox"/> 午後5時～午後7時頃 <input type="checkbox"/> 午後7時以降
当医院をどこで、 お知りになりましたか？	<input type="checkbox"/> インターネット <input type="checkbox"/> 紹介 <input type="checkbox"/> その他

ありがとうございました。