

宮田歯科クリニック 診療お申込書

平成 年 月 日

ふりがな	男・女	大・昭・平		
お名前		年	月	日 ( 歳)
ご自宅 〒				
電話 ( )		携帯電話 ( )		
お勤め先・ご連絡先 〒				
電話 ( )		携帯電話 ( )		
メールアドレス				

正しく診断し、適切に診療していく上で必要な事柄です。ご面倒ですがご協力ください。

- ① こちらの歯科医院には
  - はじめて  以前 ( 年 ヶ月ぐらいまえ) にかかった
- ② 当院をお選びいただいた理由をお聞かせください (任意・複数回答可)
  - ご紹介 ( 様から)  家や職場に近い  看板をみて  診療時間がある
  - 歯周病専門医だから  ホームページを見て  その他 ( )
- ③ 受診された目的をお尋ねします
  - 歯が気になる (痛い・腫れている・ぐらぐらしている・穴が開いている・親知らずが痛い)
  - 歯ぐきが気になる (痛い・腫れている・血が出る)
  - つめもの・かぶせものがとれた
  - 入れ歯が気になる (あたって痛い・こわれた・ゆるい)
  - 口臭が気になる
  - 歯の清掃をしてほしい (歯石・クリーニング)
  - かみ合わせ・歯並びが気になる (矯正治療をしたい・よくかめない・話しにくい・磨きにくい)
  - あごの関節が気になる (音がする・痛い・ロが聞きにくい)
  - セカンドオピニオンが聞きたい
  - そのほか ( )
- ④ 来院しやすい曜日と時間帯は
  - いつでもよい  曜日 午前・午後 時ごろがよい
- ⑤ 治療範囲は
  - 具合の悪いところだけ、みてほしい
  - 具合の悪いところだけでなく、全体をみてほしい
- ⑥ これまで歯科で治療を受けたとき異常はありましたか
  - 気分が悪くなった  血が止まりにくかった  その他
- ⑦ これまで全身で大きな病気にかかったことはありますか
  - ない  ある (高血圧・糖尿病・脳疾患・心臓疾患・肝臓疾患・腎臓疾患・血液疾患)
- ⑧ アレルギーや薬の副作用は  ない  ある (薬物・金属・ゴム・その他)
- ⑨ 喫煙について  喫煙はない  ある  過去にある ( 年前から 年間)
- ⑩ 今飲んでいる薬は  ない  ある (具体的に )
 

\* 飲んでいるお薬の種類が多い場合は、お薬手帳などを見せていただければ結構です
- ⑪ その他診療でご希望がございましたら記入してください。