

# 診療申込書

平成 年 月 日

当院へご来院いただきありがとうございます。これから診療を進めるにあたり必要な質問事項ですのでご協力をお願いいたします。なお、個人情報保護法に基づき患者様の情報は厳重な注意を払って管理しております。

フリガナ		カルテNo.	
お名前	(男・女)	生年月日	明大 昭平 年 月 日
		ご自宅TEL	
ご住所	〒□□□□-□□□□	携帯番号	
		メールアドレス	
		緊急連絡先	

\*お電話でご予約の確認をさせて頂くことがあります但よろしいでしょうか? はい いいえ  
 \*予約日前日、当院よりご予約確認メールを送信しています。送信してもよろしいですか? はい いいえ

1. どうなさいましたか?	<input type="checkbox"/> 痛い (だまっても痛い 嘔むと痛い) <input type="checkbox"/> あごが痛い <input type="checkbox"/> しみる (熱いもの 冷たいもの) <input type="checkbox"/> 歯石をとりたい <input type="checkbox"/> はれている <input type="checkbox"/> 親知らずを抜いて欲しい <input type="checkbox"/> かぶせたもの、つめたものがとれた <input type="checkbox"/> 定期検診 <input type="checkbox"/> 入れ歯が合わない/入れ歯を作りたい <input type="checkbox"/> その他
2. 当院をお知りになった理由は	<input type="checkbox"/> ご家族・知人からの紹介 (お名前 ) <input type="checkbox"/> 新聞等 <input type="checkbox"/> インターネット <input type="checkbox"/> 電話帳 <input type="checkbox"/> 情報紙 <input type="checkbox"/> その他
3. 前回歯科治療を受けられたのは?	<input type="checkbox"/> 当院で <input type="checkbox"/> 他院で ( 年 ヶ月くらい前)
4. その時の感想は?	<input type="checkbox"/> 痛かった <input type="checkbox"/> 痛くなかった <input type="checkbox"/> 怖かった <input type="checkbox"/> 優しくかった <input type="checkbox"/> 通院が大変だった <input type="checkbox"/> 便利だった <input type="checkbox"/> 説明してくれなかった <input type="checkbox"/> よく理解できた <input type="checkbox"/> その他 ( )
5. 診療についてのご希望	<input type="checkbox"/> この機会にお口の中全体を治して欲しい <input type="checkbox"/> 痛いところ、困っているところだけを治して欲しい <input type="checkbox"/> 健康保険で定められた範囲内で治療して欲しい <input type="checkbox"/> 十分に治療をしてほしいので保険外の費用をかけてもよい <input type="checkbox"/> 歯ブラシの使用法など、口腔衛生指導をして欲しい <input type="checkbox"/> 予後、定期検診をして欲しい <input type="checkbox"/> 一度にたくさん治療し、来院回数を少なくしたい <input type="checkbox"/> 来院の回数は増えても、一度の治療は少しずつにして欲しい <input type="checkbox"/> その他 ( )
予約についてのご希望	*来院できる時間帯 <input type="checkbox"/> 午前 時頃 <input type="checkbox"/> 午後 時頃 *来院できる曜日 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土
6. 今までにかかった病気	<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 肝炎・肝臓病 <input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧・低血圧 (最高: ) <input type="checkbox"/> 胃腸病 <input type="checkbox"/> 血液疾患 <input type="checkbox"/> じんましん <input type="checkbox"/> その他( ) (最低: )
7. 使用中のお薬は?	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ( )
8. お薬のアレルギー等	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ( )
9. 現在の健康状態	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> 妊娠中 ( ヶ月)
10. 以前に歯を抜いたことがありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ⇨ その時異常はありましたか? <input type="checkbox"/> 気分が悪くなった <input type="checkbox"/> 血が止まりにくかった <input type="checkbox"/> その他( )

\*急にキャンセルが出た場合、ご予約のお時間以外でも診療させて頂くお時間ができる場合がございますが、キャンセル待ちのお電話をご希望されますか?  
はい ( ご自宅・携帯・勤務先)  
いいえ

## 😊 スマイル・チェックシート ♡

☆あなたはご自分の歯の本数をご存知ですか？

はい いいえ

現在の歯の本数は\_\_\_\_\_本だと思う

☆あなたは80歳のときに、何本歯を残したいですか？

私は80歳の時に\_\_\_\_\_本歯を残したい

☆あなたはご自分の歯を残すために、定期的に歯のクリーニングを受けたいと思われませんか？

はい いいえ

その理由は？\_\_\_\_\_

①あなたはご自分の口もとが気になりますか？

はい いいえ

②あなたは次のどのことが気になりますか？

〈クリーン〉

口臭 ヤニ 歯の汚れ 歯石

歯茎が赤い はれている 時々出血する

〈ビューティー〉

歯の色 歯の形 歯のすき間 歯並び

かぶせたものの色 かぶせたものの形

歯ぐきの色 歯ぐきの形

③口もとが気になり始めたきっかけは何ですか？

写真を見て 人に言われて

鏡を見て 雑誌を読んで

④いつ頃から気になりはじめましたか？

数ヶ月前から 2～3年前から 子供の頃から

⑤ホワイトニング（歯を白くする）に興味がありますか？

ある わからないので説明して欲しい ない

⑥インプラントに興味がありますか？

ある わからないので説明して欲しい ない

⑦矯正に興味がありますか？

ある わからないので説明して欲しい ない

その他、気になることやご希望がございましたらご記入下さい。✎