

診療申込書

よしき歯科クリニック

受付日 年 月 日

No.

お名前（フリガナ） _____		様	生年月日	年	月	日生	才	男・女
ご住所 〒 _____						TEL		
ご勤務先 _____	ご職業 _____					TEL		
ご住所 〒 _____								
ご連絡先 _____	ご紹介者 _____							様

どうなさいましたか	<input type="checkbox"/> 歯が痛い	<input type="checkbox"/> つめものがとれた	<input type="checkbox"/> 歯石がついている
	<input type="checkbox"/> 入れ歯を作りたい	<input type="checkbox"/> その他（ _____ ）	
どこが痛みますか	<input type="checkbox"/> 左上	<input type="checkbox"/> 上前	<input type="checkbox"/> 右上
	<input type="checkbox"/> 左下	<input type="checkbox"/> 下前	<input type="checkbox"/> 右下
どのように痛みますか	<input type="checkbox"/> 熱いものがしみる	<input type="checkbox"/> 冷たいものがしみる	
	<input type="checkbox"/> ずきずき痛い	<input type="checkbox"/> かむと痛い	<input type="checkbox"/> 時々痛い
いつから痛みますか	<input type="checkbox"/> 今日から	<input type="checkbox"/> （ _____ ）日前から	
	<input type="checkbox"/> ずっと前から	<input type="checkbox"/> 時々	
この機会に	<input type="checkbox"/> 今痛いところだけ治したい	<input type="checkbox"/> 痛いところは全部治したい	
	<input type="checkbox"/> 先生と相談して治したい		
歯を抜いたことがありますか	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある	
その時異常がありましたか	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 血が止まらなかった
			<input type="checkbox"/> 貧血を起した
			<input type="checkbox"/> 熱がでた
			<input type="checkbox"/> 麻酔が効かなかった
			<input type="checkbox"/> その他（ _____ ）
今までにかかった病気はありますか	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 心臓病
			<input type="checkbox"/> 肝臓病
			<input type="checkbox"/> 腎臓病
			<input type="checkbox"/> 糖尿病
			<input type="checkbox"/> 胃腸病
			<input type="checkbox"/> 高血圧
			<input type="checkbox"/> 耳鼻科疾患
			<input type="checkbox"/> その他（ _____ ）
現在通院中の方は、病名と病院(医院)名をご記入ください	病名（ _____ ）		
	病院(医院)名（ _____ ）		
現在何か薬を飲んでいますか	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい	薬の名前（ _____ ）
薬の副作用はありませんか	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある	薬の名前（ _____ ）
			<input type="checkbox"/> 発疹がでる
			<input type="checkbox"/> かゆくなる
			<input type="checkbox"/> その他（ _____ ）
女性の方へ 現在妊娠中ですか	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい	妊娠（ _____ ）週目

ご協力ありがとうございました。