

# 高木歯科医院 / 診療申込書

受付日 平成 年 月

ふりがな 氏名		男・女	大・昭・平	年	月
自宅住所	〒				
ご連絡先	ご自宅 ( ) -	携帯 ( - ) -	-		
勤務先	( ) -				

※ 治療に関する質問です。事前にご記入下さい。

① 当医院で診察を受けたことはありますか？	ある	ない												
② 当医院は何でお知りになりましたか？	a. インターネット    b. 広告    c. 紹介 ( ) d. その他 ( )													
③ 今回の来院目的は？ 検診 ・ 治療 a. 虫歯    b. 歯肉が腫れている    c. つめものがとれた    d. さし歯がとれた    e. 親知らずが痛い f. 歯石をとりたい    g. 歯を白くしたい    h. ダイエット    i. 入れ歯の具合が悪い (壊れた・痛) j. 検査を受けたい (虫歯検診・歯周病検査・カリエスリクス検査) k. その他 ( )														
④ どの部位ですか？	<table border="0"> <tr> <td>左上</td> <td>上前</td> <td>右上</td> <td><input type="checkbox"/>歯</td> <td><input type="checkbox"/>ほほ</td> <td><input type="checkbox"/>唇</td> </tr> <tr> <td>左下</td> <td>下前</td> <td>右下</td> <td><input type="checkbox"/>歯肉</td> <td><input type="checkbox"/>舌</td> <td><input type="checkbox"/>あご</td> </tr> </table>		左上	上前	右上	<input type="checkbox"/> 歯	<input type="checkbox"/> ほほ	<input type="checkbox"/> 唇	左下	下前	右下	<input type="checkbox"/> 歯肉	<input type="checkbox"/> 舌	<input type="checkbox"/> あご
左上	上前	右上	<input type="checkbox"/> 歯	<input type="checkbox"/> ほほ	<input type="checkbox"/> 唇									
左下	下前	右下	<input type="checkbox"/> 歯肉	<input type="checkbox"/> 舌	<input type="checkbox"/> あご									
⑤ 痛みかたはいかがですか？	痛くない    歯をかみ合わせると痛い    しみる    常に痛みがある ズキズキ痛い    痛んだり止んだりする													
⑥ ご希望の治療について	a. 悪いところは全部治す    b. 相談して決める    c. 痛むところだけ治療する d. まとめて治療して来院回数を少なくしたい													
⑦ 今まで手術、抜歯をしたことがありますか？	ある	ない												
その時、気分が悪くなったことはありますか？	ある	ない												
⑧ 今まで血が止まりにくかったことはありますか？	ある	ない												
⑨ 以下の病気にかかったことはありますか？	a. 心臓病    b. 腎臓病    c. 糖尿病    d. アレルギー ( )    e. 肝臓病 (肝炎) f. ぜんそく    g. 高血圧 (上 mmHg/ 下 mmHg) h. その他 病名: ( )													
⑩ 薬のアレルギーや薬を服用して具合が悪くなったことはありますか？	ある	ない												
⑪ 女性の方に伺います。	a. 現在、妊娠中である ( 週目) 予定日 年 月 日頃 b. 妊娠の疑いがある <table border="1"> <tr> <td>ある</td> <td>ない</td> </tr> </table> c. 産後 ( ヶ月) (母乳 ・ 人工乳)		ある	ない										
ある	ない													
⑫ 現在、治療中の病気のあるかた 病名: 服薬名:														
⑬ 特にご希望があれば何でもご記入下さい。														

医療法人社団 伸整会 高木歯科医院

新宿区西早稲田2-21-5 TEL0120-648-492

※ご予約後、保険証をお持ちになってご来院下さい。