

# 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"/> 悪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    ・ある <input type="checkbox"/> 血が止らなかった <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    ・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    ・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。