**診察申込書**平成　　年　　月　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 性別 |
| お名前 |  | 男・女 |
| 生年月日 | 明・大・昭・平　　　　年　　　月　　　日（　　　）歳 | 通院時間 |
| ご住所 | 〒　　　　　－ | 徒歩・車・バス・電車（　　　　　　）分位 |
| TEL | （　　　　　） | 携帯 | （　　　　　） |
| FAX | （　　　　　） | 携帯メール | 　　　　　　　　　　　＠ |
| 当クリニックからの検診のお知らせをお送りしてもよろしいですか（はい　いいえ）お知らせをお送りする先はどちらにしますか（はがき　Eメール　電話　FAX） |
| ご職業 |  | 勤務先 |  |
| ●当院は何で知られましたか？紹介（ご紹介者お名前：　　　　　　　）　　看板・建物を見て　　　Web･HP　　その他（　　　　　　） |
| ●本日来院された理由を教えてください□歯が痛い　□歯ぐきが腫れた　□つめものが取れた　□虫歯を治したい　□歯周病が気になる□歯石を取りたい　□歯並びを治したい　□義歯を入れたい□そのほか（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ●今までの歯科治療について　①最後に治療したのはいつ頃ですか？　　　年　　　月頃　③麻酔注射の経験はありますか？□いいえ　□はい　②抜歯の経験はありますか？□いいえ□はい　④治療中に気分が悪くなったことがありますか？□いいえ　□はい |
| ●過去に大きな病気をされたことがありますか？　ありましたらできるだけ詳しくお書きください。□いいえ　□はい→①肝炎　A型、B型、C型、その他（　　　　）②心臓病③糖尿病④肝臓病⑤高血圧症　　　　　　　　　⑥ぜん息⑦てんかん⑧脳卒中⑨エイズ⑩性感染症⑪その他（　　　　　　　　　） |
| 「はい」と答えた方は、その時の経過を教えてください |
| ●現在、内科等、他科の医院に通っていますか？　ありましたら、できるだけ詳しくお書きください□いいえ　□はい→（　　　　）病院　（　　　　　　）科　（　　　　　　）先生　●TEL　　　（　　　） |
| ●現在（または最近まで）服用している薬がありますか？　ありましたら、できるだけ詳しくお書きください□いいえ　□はい→薬剤名（　　　　　　　　　　）いつから（　　　　　　　　　　　） |
| ●特異体質、アレルギーがありますか？　　ありましたら、できるだけ詳しくお書きください□いいえ　□はい→①薬（　　　　　）　②食べ物（　　　　）　　　③その他（　　　　　） |
| ●現在、妊娠していればご記入ください□いいえ□はい→（　　ヶ月）出産予定日　　　　年　　日ごろ　※治療期間中に妊娠された方はお知らせください |
| ●診療について、よい材料で治したい、治療時間や期間、通院しやすい曜日など、ご希望や、治療に関するご質問　などがございましたら何でもご記入ください |

カウンセリングシート

|  |
| --- |
| ●数ある歯科医院の中で当院をお選びになった理由をお聞かせくださいホームページのどこがよかったか　　　　　　紹介者（　　　　　　　）様にどう紹介されたか |
| ●今まで通院されていた医院での不満、また決してして欲しくないことなどはありますか？ |
| ●あなたのお口の状態がどのようになるのが理想的ですか？ |
| ●治療を行うにあたり「これだけは伝えておきたい」といったことがありましたら、教えてください |
| ●備考、メモ |