受　診　申　込　書

No.

年　　月　　日

フリガナ		男 ・ 女	大・昭・平・令　　年　　月　　日生 歳
氏　名			
現住所	〒　　－		
ＴＥＬ	（自宅）	（携帯）	
勤務先	（ＴＥＬ）		
E-mail	@		

当院を受診したきっかけは

1 家族や知人のすすめ（紹介者：　　）
2 自宅・職場・学校が近いから
3 インターネットを見て
4 ストレスフリー歯科があるから
5 他の病院からの紹介
6 看板・パンフレットを見て
7 その他（　　）

あなたがこられたのは　（当てはまるものすべてに〇をつけてください）

1 歯が痛いから（虫歯で（温・冷）にしみる）
2 つめもの・かぶせもの等がはずれた
3 歯石除去・フッ化物塗布
4 歯ぐきが悪く、血がでやすい
5 （歯ぐき・顔）がはれた
6 入れ歯がこわれた
7 入れ歯を入れたい
8 歯ならびが気になる
9 あごの関節が痛む・音がする
10 全体的にチェックしてほしい
11 歯の治療がこわいから
12 その他（　　）

どのような治療をお望みですか　（当てはまるものすべてに〇をつけてください）

1 いま痛みのある所だけ治療してほしい
2 この機会に悪い所は全て治療してほしい
3 いろいろ説明を聞いて治療内容を決めたい
4 審美的な治療を相談したい
5 ストレスフリー処置について話を聞きたい
6 その他（　　）

アレルギーはありませんか

1 ない
2 ある
（薬・食・金属・その他：　　）

その他身体の具合はいかがですか

1 とくに異常はない
2 過去に病気にかかったことがありますか　ある場合、その病名は（　　）
又、入院されたことがありますか　ある場合、（　　）ヶ月前、（　　）年前
3 内科的なご病気はありますか
① 心臓病（高血圧症、不整脈、心不全、狭心症、心筋梗塞、弁膜症、その他：　　）
② 腎臓病　③ 糖尿病　④ 胃腸病　⑤ ぜんそく（気管支喘息、心臓性喘息、アスピリン喘息）
⑥ 肝臓病（A型肝炎、B型肝炎、C型肝炎、慢性肝炎、肝硬変、その他：　　）
⑦ 甲状腺の病気　⑧ てんかん　⑨ 骨粗しょう症・リウマチ　⑩ その他（　　）病
4 現在何か薬を飲んでいますか　はい ・ いいえ
（薬品名：　　）
5 今までに歯を抜いたことがありますか　はい ・ いいえ
その時　とくに問題なかった ・ 出血が続いた ・ すごく腫れた ・ 気分が悪くなった
6 歯の麻酔を受けたことはありますか　はい ・ いいえ
その時、何か異常はありましたか　はい ・ いいえ
7 怪我をして血が止まりにくかったことがありますか　はい ・ いいえ
8 階段をのぼると、動悸（どうき）・息切れがひどくなりますか　はい ・ いいえ
9 たちくらみをおこしやすいですか　はい ・ いいえ
10 （女性の方のみ）妊娠　　ヶ月
11 その他、先生にとくに伝えたい事がありましたらご記入ください
〔　　〕

予約時間は　（　　）曜日　（ 午前 ・ 午後 ）　時頃がよい

シティタワー
神戸三宮歯科