

受診申込書



フリガナ

お名前 _____ 歳

当院から連絡させていただくこともありますので、日中確実に連絡のつく連絡先をご記入ください

☎ TEL _____ 〒現住所 _____

◎当院をどちらでお知りになりましたか（初めて来院の方のみお答えください）

ホームページを見て/建物を見て/看板を見て/家族の紹介で/(_____ 様)よりの紹介で

1 本日はどうされましたか？（複数ある時は、すべて選択して下さい）

歯が痛む/しみる・歯がかけた・歯肉が痛い/腫れた/出血する・つめ物が取れた
歯石/着色をとりたい ・虫歯や歯周病を予防したい ・あごが痛い
入れ歯があわない/こわれた ・入れ歯を新しく作りたい ・親知らず
歯の抜けたところの相談や治療をしたい ・歯の色や形が気になる
ホワイトニング相談（ただいまキャンペーン価格で実施中です）

インプラント相談（インプラント無料相談は予約制です）

歯の隙間/歯並びが気になる

舌が痛い ・口が渇く ・口臭 ・その他

(_____)

2 治療について： 総合的に希望・今回の箇所だけ希望・相談して決めたい

3 治療において次のどれを重視されますか？：見た目 ・ 耐久性 ・ 費用 ・

4 虫歯や歯周病を予防する予防歯科（健康保険適応）に興味はありますか？

はい ・ いいえ

*予防歯科（お口のクリーニング、歯石取り、歯磨き指導を含む）は受診希望の方が多く、大変混み合っており
予約制とさせていただきます。ご協力よろしくお願ひ申し上げます。なお、6ヵ月先まで予約できます*

5 薬や食物、金属、その他でアレルギーはありますか？

はい (_____) ・ いいえ

6 治療中気分が悪くなったことはありますか？

はい ・ いいえ

7 骨粗しょう症にかかったことはありますか？

はい（薬の種類、名前： _____） ・ いいえ

8 妊娠中またはその可能性がありますか？また授乳中ですか？

妊娠中 (_____ ヶ月) ・ いいえ ・ 授乳中 (_____ カ月)

9 ご要望・ご相談・ご希望などがございましたらご遠慮なくお書き下さい