

治療申込書

No. _____

LINE・☒・

治療申込上、必要な事柄ですので正確にご記入下さいませ。

なお、個人情報の秘密を守ることを申し添えます。

治療申込日 令和 年 月 日

フリガナ お名前	生年月日 明・大・昭・平・令 年 月 日
来院動機 何かをご覧になり当医院をお知りになりましたか？ 紹介・オフィシャルホームページ・ホームページ・Facebook・Instagram・Twitter LINE予約・Amebaブログ・EPARK 歯科 広告（電話帳・駅・バス停・バス内・雑誌）	
どなたからのご紹介ですか？ 様からの紹介（家族・同僚・友人・その他） 医院・クリニック・病院からの紹介（科）	
※急遽、予約の変更等をお願いする事もございますのでご連絡先の記入をお願い致します。	
〒	— 県・都 市・区
☎ 自宅	
☎ 携帯	
※御名刺を戴ける方は宜しくお願い致します。	
☎ 会社	☎ 携帯

保険診療を希望される患者様は、ご提示いただいた保険証・受給資格者等を
カルテ作成の為にスキャンにてコンピューターに画像保存させていただきますことをご了承下さい。
同意いただける方は、右記の同意項目に☑をお願い致します。 同意します

主訴（来院理由）

いかがなさいましたか？

部位	どこの歯（歯肉）か	右上	上前歯	左上
	おわかりになりますか？	右下	下前歯	左下
症状（歯牙症状）				
いつから痛みますか？	痛みは無い・ときどき痛い・ずっと痛い・			日前から痛い
痛みの強さはどれくらい？	とても痛い・我慢できる程度			
どんな痛みですか？	冷たいもの・熱いもの・噛んだとき・何もしなくても			
腫れていますか？	腫れている・腫れていない			
麻酔処置で体調が				
悪くなったことがありますか？	ない・ある			

裏面にもご記入ください。

全身状態のアンケート

麻酔や外科処置（観血処置）を行う場合があり、現在の全身状態や病歴、体調を把握して医科との連携を取るための情報ですので詳しく教えて下さい。

症状（身体症状）

熱はありますか？ ある（ ℃ ） ・ ない ・ 測っていない

血圧はどの位ですか？ mmHg ～ mmHg
測ったことがない ・ 測ったことはあるが覚えていない

血糖値はどの位ですか？ mg / dl
測ったことがない ・ 測ったことはあるが覚えていない

アレルギーはありますか？ ない ・ ある（何のアレルギーですか？： ）

過去にかかれた病気は？ ない（健康）
ある（詳しくご記入下さい）

現在も通院していますか？ ない（完治し通院していない）

ある 病院名： 診療科：
病院名： 診療科：
病院名： 診療科：

健康診断 受診歴は？ ない

ある（健康診断 平成 年 月 頃に受診）

当医院では、保険診療・自費診療に限らず、診査診断に必要と判断した場合には、レントゲン撮影、歯科用 CT 撮影をお願いしております。撮影に同意いただける場合、下記同意項目に☑チェックをお願い致します。

- 私はレントゲン撮影と歯科用 CT 撮影の必要性について理解した上で、レントゲン撮影、歯科用 CT 撮影に同意致します。

※ この同意は、今回だけでなく、以後、当院で行われる検査においても有効となります。同意に関するお考えが変わった時は、いつでも口頭で取り消すことができます。

令和 年 月 日 署名 _____

ご記入ありがとうございました。