

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 どの歯（歯肉）が おわかりになりますか？	_____	_____	右上	上前歯	左上
			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。

