

診断申込書

_____年 ____月 ____日

ふりがな _____ 明・大
お名前 _____ 様 男・女 _____ 歳 _____ 生年月日 昭・平 _____ 年 ____月 ____日

ご住所 〒 _____ 電話 _____

お勤め先又は連絡先 〒 _____ 電話 _____

- こちらの病院には 前に来たことがある(____年 ____ヶ月ぐらい前)
はじめて ご紹介者(_____)
- 治療に来院しやすい
曜日と時間帯は いつでもよい
____曜日 午前・午後____時ころ
- 希望する治療の範囲は 具合の悪いところだけ
具合の悪いところを含めて全般的に

予 診 表

下記のことがらにあてはまる場合は□◇の枠内に✓印をつけてお答え下さい。重複しても構いません。
あてはまらない場合はその他の欄に具体的にご記入下さい。

どうなさいましたか	<input type="checkbox"/> 虫歯がある ◇痛みはない ◇痛みがある <input type="checkbox"/> 歯がしみる <input type="checkbox"/> つめたもの、かぶせたもの、さし歯がとれた <input type="checkbox"/> 入れ歯の具合が悪い (こわれた、痛い、作りたい) <input type="checkbox"/> 歯の抜けたところを治したい <input type="checkbox"/> あごの関節が痛い	<input type="checkbox"/> 歯肉がおかしい ◇歯ぐきから血が出る ◇歯ぐきが腫れて痛い <input type="checkbox"/> 親知らずが痛い <input type="checkbox"/> 歯並びを治したい <input type="checkbox"/> 歯石をとってほしい <input type="checkbox"/> その他 (_____)					
それはどこですか	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 33%; text-align: center;">右上奥歯</td> <td style="border: 1px solid black; width: 33%; text-align: center;">上前歯</td> <td style="border: 1px solid black; width: 33%; text-align: center;">左上奥歯</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;">右下奥歯</td> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;">下前歯</td> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;">左下奥歯</td> </tr> </table>	右上奥歯	上前歯	左上奥歯	右下奥歯	下前歯	左下奥歯
右上奥歯	上前歯	左上奥歯					
右下奥歯	下前歯	左下奥歯					
それはいつごろからですか	<input type="checkbox"/> ____日前から <input type="checkbox"/> ____ヶ月前から <input type="checkbox"/> その他						
歯の治療についてのご希望や、歯科医に伝えたいことなどがありましたらお書き下さい。							

