

# 診療申込書

申込日 年 月 日

(フリガナ) お名前	男 女	生年月日	大 昭 平	年	月	日生 (満 歳)
住所(〒 )	TEL		携帯			
勤務先(学校名)		ご職業	TEL			
E-mail			診察前の予約確認メール (☑をしてください) ☐希望する ☐希望しない QRコードから空メールを送信していただいてもかまいません			
当院より連絡する場合の希望連絡先 (☑をしてください) ☐自宅 ☐勤務先 ☐携帯電話 ☐メール ☐その他 ( )						

該当箇所に☑をしてください

当院をお選びいただいた理由 をお聞かせ下さい (複数回答可)	☐知人の紹介 (ご紹介者のお名前 _____ 様) ☐看板を見て ☐家の近くだから ☐職場の近くだから ☐ホームページを見て ☐その他 ( )					
どうなさいましたか	☐歯が痛い ☐歯肉が痛い ☐詰物がとれた ☐歯を入れたい ☐検査をしてほしい ☐歯を白くしたい ☐歯の清掃をしてほしい ☐歯並びをなおしたい ☐その他 ( )					
どこが痛みますか	右上奥	前上	左上奥			
	右下奥	前下	左下奥	頬	舌	唇 顔 その他
今回の治療について	☐悪いところは全部なおしたい ☐痛いところだけでよい					
お口以外の健康状態はいかが ですか	☐良好 ☐ふつう ☐調子が悪い (具体的に _____ )					
今までに大きな病気をしたこ とはありますか	☐心臓病 ☐肝臓病 ☐腎臓病 ☐その他 ( _____ ) ☐高血圧 (最高血圧 _____ 最低血圧 _____ ) ☐特になし					
薬を飲んでいますか	☐いいえ ☐はい ( _____ )					
妊娠していますか (女性)	☐いいえ ☐はい ( _____ )					
アレルギーはありますか	☐いいえ ☐はい ( _____ )					
一日に歯を磨くのは	1日 _____ 回 (いつ磨きますか? 朝・昼・夕・夜)					
タバコを吸いますか	☐吸う (1日 _____ 本位) ☐以前吸っていた ( _____ 年前) ☐吸わない					
歯の麻酔・抜歯などで具合が 悪くなったことはありますか	☐ない ☐血が止まりにくかった ☐貧血が起こった ☐気分が悪くなった ☐痛みが続いた ☐熱が出た					
ご来院のご都合の良い曜日・ 時間帯		月	火	水	木	金 土
	午前				休 診	
	午後					昼休憩なし
	17時以降					15時まで



# 治療に関するご希望確認アンケート



はぐくみの森歯科クリニック

## 1. 下記項目に関して、治療で重視されることを重要な順にお答えください。

- ① 装着するつめもの・かぶせもの・入れ歯などが、できるだけ長くもつこと(耐久性)
- ② 治療した個所のむし歯・歯周病が再発する可能性をできるだけ低くすること(再発リスク)
- ③ 自然に美しく見えること(審美性)
- ④ 天然の歯のように、できるだけ違和感なく噛めること(機能性)
- ⑤ 金属アレルギーなどになりやすく、できるだけ身体にとって安全であること(安全性)

### ①～⑤の番号でお答え下さい

- 最も重要なのは? → (        )
- 2番目に重要なのは? → (        )
- 3番目に重要なのは? → (        )
- 4番目に重要なのは? → (        )
- 5番目に重要なのは? → (        )

## 2. 下記A～Cより該当するものをひとつお選びになり○をつけてください。

- A) 全問1の①～⑤の項目より、とにかく治療にかかる費用が少ないことが最も重要である。
- B) 費用は少ない方がいいが、前問1の①～⑤の項目も考慮に入れ、治療の違いについて説明を受けた上で、治療方法を検討したい。
- C) 費用にかかわらず、自分の状態にあった最善の治療を提案して欲しい。