

〈診療申込書〉

レミントンカルテNO.

20 年 月 日

ふりがな		男	ご職業	
お名前		女	生年月日	西暦 年 月 日(歳)
ご住所	〒		自宅Tel	
			携帯Tel	

ご予約のお知らせを配信しますので、受付にてメールアドレスの登録をお願いしております。ご協力お願い致します。

どうなさいましたか？	<input type="checkbox"/> 歯が痛い (かむと痛い・ズキズキ痛い) 場所() <input type="checkbox"/> 歯がしみる (冷たい・熱い) <input type="checkbox"/> つめものが取れた <input type="checkbox"/> 入れ歯(合わない・壊れた) <input type="checkbox"/> 歯ぐきが気になる (はれた・血が出る) <input type="checkbox"/> 相談したい (セカンドオピニオン・歯並び・歯の色・口臭) <input type="checkbox"/> 検査してほしい (むし歯・歯周病・リスク検査) <input type="checkbox"/> クリーニングをほしい <input type="checkbox"/> 予防したい <input type="checkbox"/> その他 ()
------------	--

どのような治療をご希望ですか？	<input type="checkbox"/> 自分の状態にあった最善の治療をほしい <input type="checkbox"/> 治療内容は歯科医師と相談して決めたい <input type="checkbox"/> 費用ができるだけ少ないほうがいいので健康保険の範囲で治したい <input type="checkbox"/> その他 (ご希望があれば、ご記入ください)
-----------------	---

当院にお越しいただいたきっかけは？	<input type="checkbox"/> 紹介(ご紹介者名:) <input type="checkbox"/> 近い <input type="checkbox"/> ホームページを見て <input type="checkbox"/> その他()
-------------------	--

前回の歯科治療は？	<input type="checkbox"/> 当院で(年 ヶ月前) <input type="checkbox"/> 他院で(年 ヶ月前) <input type="checkbox"/> 虫歯の治療で <input type="checkbox"/> クリーニングで <input type="checkbox"/> その他
-----------	--

【裏面に続きます】

初診カウンセリングメモ(*カウンセリング担当者記入欄) 担当:

(主訴の確認:どこが・いつごろから・どれぐらい痛い・どんなとき痛い・患者様の希望など)

今までにかかった病気 (いつ頃からかも分かれば ご記入ください)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり a. 糖尿病 I型・II型(HbA1c %) b. 高血圧(mmHg/ mmHg) c. 肝臓病(アルコール性・B型・C型) d. 心臓病 e. 喘息 f. 骨粗しょう症 g. 慢性鼻炎 h. その他()
現在飲んでいる薬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ・お薬手帳(又はアプリ)をお持ちの場合はご提示ください ・お持ちでない場合はご記入ください 薬名()
アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり a. 薬 b. その他()
喫煙習慣	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(本/日) <input type="checkbox"/> 以前吸っていた(年前まで 本/日)
歯を抜いた経験	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり a. 問題なかった b. 気分が悪くなった c. 血が止まりにくかった d. その他()
麻酔の経験	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり a. 問題なかった b. 気分が悪くなった c. その他()
※女性の方 妊娠中	<input type="checkbox"/> はい(ヶ月) <input type="checkbox"/> いいえ
歯の定期的なクリーニング・ メンテナンスの経験	<input type="checkbox"/> なし a. 今後していきたい b. わからない <input type="checkbox"/> あり(ヶ月毎にしていた)
歯列矯正治療の経験	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (歳～ 歳頃まで)



医療法人社団 誠涼会

レミントン歯科
S.P.DENTAL