

〈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"/> クリーニングしてほしい <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してほしい <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)