



診察申込書

令和 年 月 日

再初診

カルテ
NO

ふりがな		生年月日	年齢
氏名	様	明 大 昭 平	才
		年 月 日生まれ	

*ご住所・電話番号のご変更がありましたか？

・はい

・いいえ

*LINE予約をご利用される方は必ずご登録頂く携帯番号をご記入ください。



ご登録される 携帯番号	-	-
----------------	---	---

変更後のご住所・電話番号を記入下さい。

自宅住所	〒	-	電話番号	-	-
		市	携帯電話	【	- - 】

① 本日は、どうなさいましたか (○印をおつけ下さい)

1. 歯の治療 2. 義歯 (入れ歯) 3. 口腔清掃 (歯石) 4. 歯列矯正治療 5. その他 ()

② どのように気になりますか ・痛い ・しみる ・詰め物とれた ・歯茎から血が出る ・歯がぐらつく

- ・口臭 ・着色 ・歯石 ・歯並び ・その他 ()

③ 部位はどの辺りですか？ 前歯： (上 ・ 下)

- 奥歯： (右上 ・ 右下 / 左上 ・ 左下)

④ 痛みがある方へ

- ・何もしなくても痛みがある
- ・噛むと痛い
- ・冷たいものにしみる
- ・温かいものにしみる
- ・その他 ()

⑤ 現在歯科以外に通院されてますか？

- ・はい 内科 ・ 外科
その他(科)
- ・していない

⑥ 現在、服用中のお薬はありますか？

- ・はい ()
- ・いいえ

⑦ 次の病気をしたことがありますか？

- ・はい ・血圧 (/) ・心臓疾患
・血液疾患 ・脳血管疾患
・肝炎 (A B C) ・肝臓
・自律神経 ・胃腸 ・腎臓
・骨粗鬆症 ・肺疾患 ・結核
・糖尿病 ・甲状腺
- ・いいえ

⑧ 女性の方へ 妊娠について (*妊娠中 ヶ月)

⑨ 薬などのアレルギーはありますか？

- ・ある () 薬
・鼻炎 ・花粉症 ・喘息 ・金属
・アトピー ・食べ物 ()
- ・ない

⑩ その他ご希望等ありましたら、ご記入ください。 ()