

診療申込書

カルテNo.

年 月 日

ふりがな

お名前

様 男 女 年齢 歳 生年月日 大・昭・平・令 年 月 日

□□□□□□□□

職業

固定電話

携帯電話

E-mail

※スマートフォン・携帯・PCいずれか
@

ご住所

会社名

お勤め先
又は連絡先

ご住所

電話

当院のホームページは 見たことがある 見たことがない

〔ぜひホームページについてのご感想をお聞かせください。〕

こちらの医院には はじめて 前に来たことがある（ ____カ月前 ・ ____年位前）

- 知人・家族の紹介（ご紹介者名 ____様）
 他の医療機関からの紹介（病院／診療所名 ____）
 地下鉄広告を見て 看板を見て 区役所内広告を見て ポスティングハガキを見て ホームページを見て
 ネット検索を見て（ ____ ） SNSを見て（YouTube・LINE・Instagram・その他） まんまる新聞を見て
 Qlife病院検索サイトを見て 女性に役立つメディカルガイドを見て その他（ ____ ）

通院方法 徒歩 自転車 地下鉄 バス 車 その他（ ____ ）

予診票

1 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。あてはまらない場合はその他の欄に具体的に記入ください。

どうなさいましたか

- むし歯がある 歯肉がおかしい 親知らずが痛い
 痛みはない 歯ぐきから血がでる 痛みがある 歯ぐきがはれて痛い
- つめたもの、かぶせたもの、さし歯がとれた 入れ歯の具合が悪い（こわれた、痛い、作りたい）
 歯のぬけたところをなおしたい あごの関節が痛い 歯ならびをなおしたい
 歯石・着色をとってほしい 悪いところがないか診てほしい
 その他（ ____ ）

それはどこですか

- 右上奥歯 右下奥歯 上前歯 下前歯 左上奥歯 左下奥歯

それはいつごろからですか

____日前から ・ ____カ月前から その他（ ____ ）

2 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ください。

裏面もご記入ください。▶

