カルテ No.＿＿＿＿＿＿＿＿

診療申込書

20　　年　　月　　日現在

当歯科医院は、あなたの健康状態を知り的確な診断と治療計画の立案を行いたいと考えております。
つきましては、次の事項にできるだけ詳しくお答えください。記載内容に変更が生じた場合にはすみやかにお知らせください。
なお、この資料の内容は医療法「患者情報の守秘義務」に基づき、管理させていただくことを確約いたします。

1	来院の理由をお聞かせください a. 歯が痛い b. 歯がしみる c. 歯が浮いている d. 歯ぐきから血がでる e. 歯ぐきが腫れた f. 口の中に何かできた g. 以前つめたものがとれた h. 義歯がこわれた i. 歯をいれてもらいたい j. 歯を白くしたい k. インプラント（人口歯根）を入れたい l. クリーニング、歯石除去してほしい m. 検査をしてほしい n. その他（　　）	どのような治療をご希望ですか？（複数可） 1. 今痛んでいる所だけ治療してほしい 2. この機会に悪い所はすべて治療してほしい 3. 保険の範囲内で治療してほしい 4. なるべく保険で。保険のきかない所は自費でもかまわない 5. 保険の範囲外でもかまわないので、最も良い材料と方法で治療してほしい 6. 担当歯科医師と相談して決めたい 7. よくわからない
2	以前に歯科の診療を受けられたのはいつですか　（　　）ヶ月前　（　　）年前　ない そのときは治りましたか　はい　いいえ　途中でやめた	
3	今までに、どの病気にかかられたことがありますか　0. なし　1. 心臓病　2. 高血圧症（通常　/　・投薬　/　）　3. リウマチ 4. ぜんそく　5. 腎臓病　6. 脳卒中　7. てんかん　8. 糖尿病　9. 甲状腺の病気　10. 肝臓病・肝炎（A・B・C・その他）　11. HIV 12. その他（　　）	
4	現在病気にかかっていらっしゃいますか　はい（病名：　　）　いいえ	
5	現在治療を受けていらっしゃいますか　はい　いいえ （病院名：　　）（科名：　　科）（担当医：　　）	
6	現在薬をのんでいらっしゃいますか　はい（薬品名：　　）　いいえ	
7	麻酔（全身・局所）をして手術をうけたり、抜歯をしたことがありますか　はい　いいえ	
8	その時、気分が悪くなったり、異常反応がありましたか　はい　いいえ	
9	出血が止まりにくかったことがありますか　はい　いいえ	
10	副腎皮質ホルモン剤（プレドニン・コーチゾン等）を使用されたことがありますか　はい　いいえ 使用されたのはいつ頃ですか　（　　）日前　（　　）ヶ月前　（　　）年前	
11	薬を飲んだり、つけたりした時、かぶれたり発疹（アレルギー反応）がでたことがありますか　はい　いいえ	
12	医師・歯科医師から薬の使用に注意するよういわれたことがありますか　はい（薬品名：　　）　いいえ	
13	現在妊娠中ですか　はい（　　ヶ月）　いいえ　わからない	
	上記以外、歯科医師に特にお伝えになりたい事がございましたらご記入ください。	

以上の事項により診療を申し込みます。

フリガナ	性別	生年月日	年齢
氏名	男・女	明・大・昭・平　年　月　日生	才
現住所　〒		自宅電話　（　　）	
職業	勤務先住所及び名称　〒	会社電話　（　　）	
主治医名＿＿病院＿＿科＿＿先生	緊急時連絡先　（　　）	携帯電話　（　　）	
電話＿＿（　　）＿＿	メールアドレス　@	携帯メールアドレス　@	

このホームページを何でお知りになりましたか。

医療法人社団 MEDIQOL

デンタルクリニック ダヴィンチ銀座

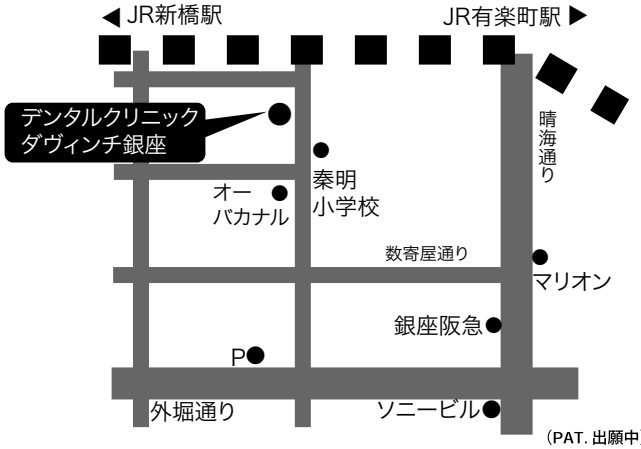
東京都中央区銀座6-2-3ダヴィンチ銀座アネックス2F

● 日比谷駅A13出口より帝国ホテルと日生劇場の間の道を200m程直進
内幸町駅A5日比谷通りを日比谷方向に進み1つ目の信号を右折
銀座駅C3出口よりモザイク銀座阪急左脇を直進、一つ目の角を右折、
100m直進、左手に入口あり

TEL. 03-5537-3525（メディカルコンプレックス総合受付）

診療時間：月・火・水・木・金　10:00～19:30まで
土　10:00～14:00まで

休診日　：日・祝日



（PAT. 出願中）