

《診療申込書》 ※大変お手数ですが、情報の確認のため必ずご記入下さい。

ふりがな

氏名: _____

性別: 男・女

1,何を見て来院されましたか？ にチェックをして下さい

以前来たことがある(前回から住所や電話番号にお変わりがなければ3へお進み下さい)

ささびき歯科医院からの転院 紹介者あり(名前 _____)

ホームページ 通りがかり 看板 その他 _____

2,確認のため以下の情報をご記入下さい

生年月日: 西暦 _____ 年(和暦 T・S・H・R _____ 年) _____ 月 _____ 日 年齢: _____ 歳

住所(必須): 〒 _____ - _____ 市 _____

電話番号: 携帯(必須) _____ 自宅 _____

3,身体の以下の項目に当てはまるものはありますか？ にチェックをして下さい(複数可)

特になし 感染症(肝炎 A・B・C HIV その他 _____) 妊娠中(予定日 _____ 月 _____ 日) 妊娠の可能性

4,本日はどうされましたか？ にチェックをして下さい(複数可)

ムシ歯を治したい 痛い場所がある 診査診断のみを希望 治療の意見を聞きたい

詰め物が取れた かぶせものが取れた 歯を入れたい 入れ歯を作りたい 入れ歯が壊れた

歯のクリーニングをしたい 歯並びを治したい その他 _____

5,診療内容のご希望がありますか？ にチェックして下さい(複数可・該当事項に○をつけて下さい)

レントゲンは撮りたくない(診断ができないため応急処置のみになる上、誤診になる可能性があります)

歯周病の検査をしたくない(保険の制度上また病態の把握のため必要となります)

クリーニングはしたくない(治療前の口腔環境整備のため、原則全ての患者様にクリーニングを行なっています)

他院治療中又は通院不可のため、応急処置のみ希望(応急処置のみになります)

何も聞きたくないので自分が希望したことのみやってほしい(応急処置のみになります)

一応説明は聞きたいが、希望したこと以外はやりたくない(十分な治療が出来ない可能性があります)

麻酔は絶対にしたくない(治療内容が制限される可能性があります)

我慢できる程度の痛みであれば麻酔はなるべくしたくない

少しでも痛い可能性がある場合は必ず麻酔をしてもらいたい

都合のため期限内で治療希望(_____ のため _____ までしか通院出来ない)

予め概算を聞いておきたい(常に・5,000円以上・10,000円以上・20,000円以上)

強度が強く費用も安いのであれば、銀歯で修復しても特に構わない

なるべく白い材料で修復してほしいが、自費診療になってしまうところは銀歯でも構わない

費用が多少かかるとしても、銀歯は絶対入れたくない

自費診療の説明はしなくていいので保険の範囲内で治してほしい

自費診療の説明も聞きたいが保険の範囲内で治してほしい

自費診療の説明も詳しく聞いた上で治療方法を判断したい

自費診療でも構わないので一番良い方法で治したい

1.現在の生活習慣についてお書き下さい 該当事項に○をつけて下さい

現在の歯磨き回数: 1日()回 起床後・食後(朝・昼・夕)・就寝前 その他()
歯磨きの時間:1回あたり約()分 清掃用具(フロス・歯間ブラシ・その他)
生活習慣(頻度):喫煙(なし・あり・過去にあり)・飲酒(なし・あり)・習慣的糖分()
睡眠:1日約()時間 間食:不規則・規則正しい・あまりしない

2.全身状態の注意点はありますか? □にチェックをして下さい(複数可・該当事項に○をつけて下さい)

特になし 心臓など循環器疾患 脳梗塞・脳出血 高血圧 糖尿病(HbA1c) 喘息
骨粗鬆症 がん 胃潰瘍・十二指腸潰瘍・逆流性食道炎 腎臓疾患 甲状腺
膠原病・関節リウマチ 感染症(肝炎 A・B・C HIV その他) 血小板減少症・血友病 貧血
発達障害 てんかん 自律失調症・抑うつ気分 パーキンソン病 認知症(軽度・重度)
妊娠中(予定日 月 日) 授乳中
腰痛(寝るのが辛い) 歩行困難 耳が悪い 手が不自由
アレルギー又は薬の副作用がある(以下へ詳細をお書き下さい)
抗生剤 鎮痛剤
アルコール ゴム 花粉 ハウスダスト 動物 アトピー その他のアレルギー

3.過去に歯科治療で問題のあったことはありますか? □にチェックして下さい(複数可)

特になし 麻酔や治療中に気分が悪くなった 麻酔でアレルギー反応が出た 麻酔がききにくかった
抜歯などの際に血が止まりにくかった 抜歯後異常な痛みや発熱などの異常があった
治療内容が理解出来なかった 治療内容が納得出来なかった 先生が怖かった スタッフが怖かった
その他

4.以下の項目をお読みいただき、ご不明点が無ければ□にチェックして下さい。

最終受付時間は初診及びクリーニング希望の方は診療終了時間の1時間前、再診の方は30分前となります。
当院の予約は診療開始時間を保証するものではありません。
皆さんにご都合の良い時間に効率よく治療に通っていただけるように予約管理を行なっている為、
診療状況によっては多少お待たせする場合がございます。夜間及び日曜は特に混み合います。
予約時間から診療終了まで1時間程度を目安として、通院の際はお時間に余裕を持ってご来院下さい。
当日キャンセルや無断キャンセル又は予約時間からの遅刻を一定回数以上繰り返されると、
オンラインでのご予約や事前予約ができなくなる場合があります。
月初めの診療は必ず保険証及び医療券などお持ちの書類を受付にてご提示ください。
書類をお忘れの場合、診療費の10割をいただき後日ご提示いただいてから差額のご返金となります。
保険証などの書類をお持ちの方は忘れずにお持ちくださるようお願い致します。
領収証の再発行はできません。医療費控除などの申請の際に必要なになりますので、大切に保管してください。