



診察申込書 遠藤歯科医院 03-3523-1080

来院日 年 月 日

カルテ No.

フリガナ 氏名	男・女	生年月日 明・大 昭・平	年 月 日	既婚・未婚
住所	TEL		職業	
勤務先名	TEL		E-mail	

以下の質問は、あなたの歯科治療を行うにあたって必要な資料を得るためのものです。
個人的秘密は厳守いたしますので、正直にお答え下さい。

どうなさいましたか	1. ムシ歯の治療をしたい 3. 入れ歯を入れたい 5. 歯並びを治したい 7. その他 ()	2. 歯がぐらぐらする 4. つめものがとれた 6. 歯の掃除をして欲しい
現在、お痛みのところがありますか	1. ある 2. ない	
いつからお痛みですか	1. 今日 2. () 日位前から	3. たまに痛むことがある
麻酔（口腔内）の経験は	1. ある 2. ない	
その時、異常がありましたか	1. あった（症状： ） 2. なかった	
歯を抜いたことがありますか	1. ある () 年 () ヶ月位前 2. ない	
その時、異常がありましたか	1. あった a. 血が止まらなかった b. 熱が出た c. ひどく腫れた d. 貧血を起こした e. 何日も痛んだ 2. なかった	
特異体質、アレルギーはありますか	1. ある a. おくすり b. 食べ物 c. その他 () 2. ない	
現在、何か薬を飲んでいますか	1. はい（薬品名： ） 2. いいえ	
内科的な病気はありますか	1. ある a. 心臓 b. 肝臓 c. 糖尿 d. 高血圧 () mmHg / 低血圧 () mmHg e. 肝臓（肝炎） f. その他 () 2. ない	
今までに大きな手術を受けたことはありますか	1. ある（病名： ） 2. ない	
以前、輸血を受けたことがありますか	1. ある () 年 () ヶ月位前 2. ない	
現在の健康状態は	1. 良好 2. 不良 () 女性の方に 1. 妊娠 () ヶ月 2. 授乳中 治療期間中に妊娠された方は、必ずお知らせ下さい。	
治療範囲についてのご希望は	1. 悪いところは全部治したい 2. 今、痛んでいる歯だけ治したい	
当院にお見えになったのは	1. 初めて 当院をどうしてお知りになりましたか a. 紹介された（ご紹介者 様） b. 人から話を聞いて c. 広告を見て d. ホームページを見て 2. 前に来たことがある () 年 () ヶ月位前	
治療時間/回数について	1. () 曜日がよい 2. () 時頃がよい 3. いつでもよい 4. 1回の治療が長くても、回数が少ない方がよい 5. 治療回数が多くても、1回の治療は短い方がよい	
他に、ご希望があればお書き下さい		

ありがとうございました。ご心配なことがありましたら、お気軽にご相談下さい。

遠藤歯科医院 03-3523-1080

東京都中央区新富 2-4-6 アーベイン三井 2F

診療時間 / 月・金 10:00am ~ 8:00pm 火・木 10:00am ~ 9:00pm

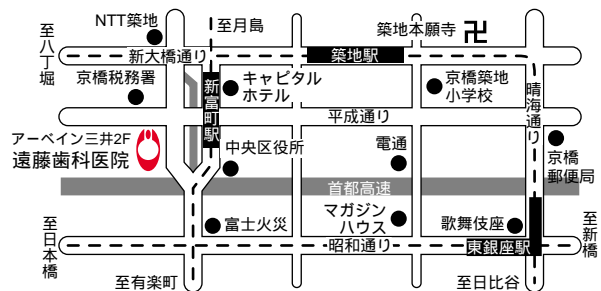
水 10:00am ~ 5:30pm 土 9:30am ~ 12:30pm

休診日 / 日・祝祭日

最寄駅 / 営団地下鉄有楽町線 新富町駅 3 番出口徒歩 1 分

営団地下鉄日比谷線 築地駅徒歩 8 分

都営地下鉄浅草線 東銀座駅徒歩 8 分



(PAT. 出願中)