

記入年月日： 年 月 日

より良い治療を受けていただくために大切なことですので、できるだけ正確にご記入ください。

ふりがな お名前 _____ (男・女) 生年月日： 年 月 日 (歳) ご住所： 〒 _____ - _____	職業 <input type="checkbox"/> 建設・不動産 <input type="checkbox"/> 製造 <input type="checkbox"/> 運輸・通信 <input type="checkbox"/> 卸・小売 <input type="checkbox"/> 公務員・教員 <input type="checkbox"/> 医療 <input type="checkbox"/> 金融 <input type="checkbox"/> 司法関係 <input type="checkbox"/> サービス <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 主婦 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> その他 ()
ご連絡先： 自宅 _____ () 携帯 _____ ()	<div style="border: 2px solid red; padding: 5px;"><p>ご予約日をメール(SMS)でお届けします ※左記番号宛(システムによる自動送信)です 送信専用のため返信不可です</p></div>

当院をお知りになったのは？	<input type="checkbox"/> 家族が通院中()様 <input type="checkbox"/> 知人からの紹介()様 <input type="checkbox"/> ホームページ…検索ワード _____ <input type="checkbox"/> 他院からの紹介() <input type="checkbox"/> 看板・その他()
同居している 12 歳以下の子供	<input type="checkbox"/> 人 (子どもさんの年齢 _____ 、 _____ 歳)
いかがなさいましたか？	<input type="checkbox"/> 検診 <input type="checkbox"/> 虫歯 <input type="checkbox"/> 歯周病 <input type="checkbox"/> しみる <input type="checkbox"/> 詰め物・被せ物 <input type="checkbox"/> ホワイトニング <input type="checkbox"/> 歯並び <input type="checkbox"/> インプラント <input type="checkbox"/> 親知らず <input type="checkbox"/> その他()
現在、痛むところはありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ⇒ 今日から・昨夜から・()日前から
歯科に行かれたことはありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> ある (医院名： _____) ※転院して来られた理由を教えてください。 <input type="checkbox"/> 今までの歯科で不満があった (<input type="checkbox"/> 怖がり <input type="checkbox"/> 治療に不満 <input type="checkbox"/> 説明不足) <input type="checkbox"/> その他()
アレルギーはありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> ある ⇒ ()
今、飲んでいるお薬は？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> ある ⇒ () ※ある方はお薬手帳をお出してください。
次の病気はありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある・あった⇒ 心臓疾患・肝臓疾患・腎臓病・ぜんそく 鼻炎・てんかん・その他()
入院や手術の経験はありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> ある ⇒ ()歳のとき(病名： _____)

ご記入ありがとうございました。

大切なお約束

当院は、むし歯・歯周病をつくらないための歯医者です。

その実現のためには、あなた自身の協力が必要です。

当院で診させていただくためには以下の項目に

同意していただく必要があります。

同意いただけるものにチェックを入れてください。

むし歯・歯周病予防に、できる範囲で協力します。

定期的(通常2~5ヵ月に一度)に通院する予防管理システムを受けます。

当院に通う全ての方のために、予約時間を守ります。

応急処置後、口の中全体を確認するための検査を受けます。

大切なご案内

① 本日は応急処置(主訴の改善)をいたします。

次回はお口の中を診査して、計画をたててから、治療していきます。

② 治療の最終予約時間は、夕方5時までとなります。

キャンセルについてのお願いごと

- ・ お約束時間には必ずお越し下さい
- ・ 予約時間に連絡なく来られていない場合、自動的にキャンセル扱いとさせて頂く事があります
- ・ 日時変更は、なるべく3日前までにご連絡下さい

※ ご連絡のない無断キャンセルが3回になると、

当日予約のみお受けする事となりますのでご注意ください

※緊急時や災害による休診時は、こちらからキャンセルのご連絡をする場合がございます

あざみ野青葉デンタルクリニック