

診療申込書

ふりがな	性別 男	生年月日 昭					
氏名	女	平	年	月	日	歳	
〒 _____		自宅電話	()		
現住所		携帯電話	()		
職業	勤務先	勤務先電話	()		

◎ あなたの健康を守り、的確な歯科診療を行う為に下記の質問で該当する項目に記入またはチェックを入れて下さい

1. 当院を知ったきっかけは何ですか？

- 人から聞いて→紹介者 _____ インターネット→サイト名 _____
 看板 その他→ _____

2. 本日、来院された理由は何ですか？

- 虫歯 痛い しみる 腫れ 詰め物が取れた 歯肉から出血する 入れ歯 歯並び
 歯石除去 定期検診 その他→ _____

3. 前回、歯科にかかったのはいつ頃ですか？

年月→ _____ 年 _____ 月頃

4. 今までに下記の病気をしたことがある、もしくは現在、治療中の病気はありますか？

- 心臓病 脳梗塞 高血圧 低血圧 糖尿病 肝臓病 血液疾患 胃潰瘍 ぜんそく
 てんかん 貧血 蓄膿症 皮膚炎 性病 結核 リウマチ その他→ _____

5. 現在、病気で治療を受けていますか？

- いいえ はい→ どのような病気ですか？ _____

主治医院名： _____ 主治医名： _____

6. けがをして血が止まりにくかった事がありますか？ また以前に輸血をした事がありますか？

- ない ある ない ある

7. 現在、内服中のお薬はありますか？

- ない ある→お薬の名前： _____

8. 薬や食べ物でアレルギーを起こした事がありますか？

- ない ある→： _____

9. 歯科治療で麻酔をした事がありますか？その時、何か異常がありましたか？

- ない ある ない ある

10. 歯科治療中に気持ち悪くなった事がありますか？

- ない ある→その時の様子： 怖かった 脳貧血を起こした

11. 女性の方で現在、妊娠をしていますか？

- いいえ はい→ _____ か月

12. 治療に対する希望があれば記入して下さい

[

]