

# 診療申込書

カルテ No.

年 月 日

|              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |          |                                                                            |   |   |   |
|--------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|----------------------------------------------------------------------------|---|---|---|
| ふりがな         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 生年月日     | 大・昭・平・令                                                                    | 年 | 月 | 日 |
| お名前          | 様（男・女）                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | E-mail   | @                                                                          |   |   |   |
|              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 職 業      |                                                                            |   |   |   |
| ご住所          | 〒                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |          | 固定電話                                                                       |   |   |   |
|              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |          | 携帯電話                                                                       |   |   |   |
| 会社名          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |          | 会社電話番号                                                                     |   |   |   |
| ご住所          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |          |                                                                            |   |   |   |
| 当院ホームページについて | <input type="checkbox"/> 見たことがある<br><input type="checkbox"/> 見たことがない                                                                                                                                                                                                                                                  | 当院へのご来院は | <input type="checkbox"/> はじめて <input type="checkbox"/> 前に来たことがある（ 月位・ 年位前） |   |   |   |
| 当院を知ったきっかけ   | <input type="checkbox"/> 知人・家族の紹介（ご紹介者名： 様）<br><input type="checkbox"/> 他の医療機関からの紹介（病院 / 診療所名）<br><input type="checkbox"/> 看板を見て <input type="checkbox"/> タウンページを見て <input type="checkbox"/> ホームページを見て <input type="checkbox"/> Instagram を見て<br><input type="checkbox"/> Google コミを見て <input type="checkbox"/> その他（） |          |                                                                            |   |   |   |
| 通院方法         | <input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> 地下鉄 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> 車 <input type="checkbox"/> その他（）                                                                                                                                           |          |                                                                            |   |   |   |

## 予 診 票

1 下記の事柄に該当するもの全てに☑印をつけてお答えください。  
当てはまらない場合はその他の欄に具体的にご記入ください。

どうなさいましたか？

それはどこですか？ ☐ 右上奥歯 ☐ 右下奥歯 ☐ 上前歯 ☐ 下前歯 ☐ 左上奥歯 ☐ 左下奥歯

それはいつ頃からですか？ 日前から / カ月前から その他（）

2 歯の治療についてのご希望や、歯科医に伝えたいことがありましたらご記入ください。

裏面もご記入ください。

3 あなたの現在の体の具合についてお答えください。

既往歴  
\* ( ) の中に具体的な病名をご記入ください

☐ 高血圧 ( 最高          最低          ) ☐ 心臓病 (          ) ☐ 糖尿病 (          )  
☐ 甲状腺の病気 (          ) ☐ 肺の病気 (          ) ☐ 消化器の病気 (          )  
☐ 肝臓病【☐ 肝炎 ( ☐ A 型 ☐ B 型 ☐ C 型 ☐ その他 ) ☐ その他 (          )】  
☐ 腎臓病 (          ) ☐ 腫瘍 (          ) ☐ 血液の病気 (          ) ☐ ぜん息  
☐ 脳疾患 (          ) ☐ その他 (          )

いま医院や病院に通っていますか？ ☐ はい ☐ いいえ  
病名：           
病院・医院 (          ) 科          先生 )

いま薬を飲んでいますか？ ☐ 飲んでいない ☐ 飲んでいる  
\* よくわからない場合は、「おくすり手帳」をご提示ください。  
☐ 血圧降下剤 ☐ 血圧上昇剤 ☐ ステロイドホルモン ☐ 抗生物質  
☐ 精神安定剤 ☐ 骨粗鬆症のお薬 ☐ その他 ( お薬名：          )

4 歯の状態により麻酔をしたり、薬を飲んでもらうことがあります。また、体の具合や病気の状態により治療方法を選んだり、薬をひかえることもあります。なるべく詳しくお答えください。

アレルギーについて ☐ ない ☐ ある ( 食べ物・薬・金属：          )  
☐ 発疹ができる ☐ かぶれやすい ( 化粧品など ) ☐ 子供の頃アトピーがあった  
☐ 花粉症、鼻炎 ☐ ぜん息がある  
☐ その他、体質で気になることがあれば記入ください。  
(          )

お薬のアレルギーについて ☐ ない ☐ ある  
○ どのような薬で ( 例えば、痛みどめ・抗生物質 ) (          )  
○ どのような状態に (          )

これまで、歯科で麻酔や治療を受けた時に異常はありましたか？ ☐ ない ☐ 気分が悪くなった ☐ 血が止まりにくかった  
☐ その他 (          )

入院・手術のご経験 ☐ ない ☐ ある  
☐ 手術をした ☐ 輸血をした ☐ 病気の名前 (          )  
☐ 入院期間          年          月          ～          年          月

妊娠の可能性 ※女性のみ ☐ していない ☐ している ( 出産予定          年          月          日 )  
☐ 可能性あり ☐ 授乳中

かかりつけ医師からの歯科治療についての注意は ☐ ない ☐ ある

## アンケート

自費・保険診療について ☐ 自費診療も可能 ☐ どのような場合でも保険診療を希望  
☐ 診療内容で判断したい

ご記入いただき、ありがとうございました。  
これは院内資料としてのみ使用しますのでご安心ください。



医療法人社団 秀英会  
こばやし歯科医院