

診療申込書

カルテ No. _____

年 月 日

ふりがな _____

お名前 _____ 様 (男・女) 歳 生年月日 大・昭・平 年 月 日

〒 _____ 職業 _____
ご住所 _____ 固定電話 _____
_____ 携帯電話 _____
_____ E-mail _____
会社名 _____ 会社電話番号 _____
ご住所 _____

当院のホームページは 見たことがある 見たことがない

こちらの医院には はじめて 前に来たことがある (_____ ヶ月位・ _____ 年位前)

- 知人・家族の紹介(ご紹介者名 _____ 様)
- 他の医療機関からの紹介(病院/診療所名 _____)
- 看板を見て タウンページを見て ホームページを見て
- その他(_____)

通院方法 徒歩 自転車 車 バス その他(_____)

予診票

- 1 下記のことがらにあてはまる場合は□○の枠内に☑印をつけてお答えください。
あ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？

- むし歯がある 歯肉がおかしい 親知らずが痛い
- 歯周病を治したい(○歯茎から血がでる ○歯茎がはれて痛い)
- つめたもの、かぶせたもの、さし歯がとれた
- 入れ歯の具合が悪い (○壊れた ○痛い ○作りたい)
- 歯の抜けたところを治したい あごの関節が痛い 歯並びを治したい
- 歯石・着色を取ってほしい 悪いところがないか見てほしい
- その他(_____)

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お書きください。

裏面もご記入ください。↴

3 あなたの現在の身体の具合についてお答えください。

今までにかかったことのある病気は	<input type="checkbox"/> 高血圧(最高 最低) <input type="checkbox"/> 心臓病() <input type="checkbox"/> 糖尿病() <input type="checkbox"/> 甲状腺の病気() <input type="checkbox"/> 肺の病気() <input type="checkbox"/> 消化器の病気() <input type="checkbox"/> 肝臓病【 <input type="checkbox"/> 肝炎(<input type="checkbox"/> A型 <input type="checkbox"/> B型 <input type="checkbox"/> C型 <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> その他()】 <input type="checkbox"/> 腎臓病() <input type="checkbox"/> 腫瘍() <input type="checkbox"/> 血液の病気() <input type="checkbox"/> ぜん息 <input type="checkbox"/> 脳疾患() <input type="checkbox"/> その他()
いま医院や病院に通っていますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 病名： 病院・医院 科 先生 住所 電話
いま薬をのんでいますか	<input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 血圧降下剤 <input type="checkbox"/> 血圧上昇剤 <input type="checkbox"/> ステロイドホルモン <input type="checkbox"/> 抗生物質 <input type="checkbox"/> 精神安定剤 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症のお薬 <input type="checkbox"/> その他(お薬名：)

4 歯の状態による麻酔をしたり、薬を飲んでもらうことがあります。また、身体の状態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。

アレルギー体質は	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(食べ物・薬・金属：) <input type="checkbox"/> 発疹ができる <input type="checkbox"/> かぶれやすい(化粧品など) <input type="checkbox"/> 子供の頃アトピーがあった <input type="checkbox"/> 花粉症、鼻炎 <input type="checkbox"/> ぜん息がある <input type="checkbox"/> その他(体質で気になることがあれば記入ください。) ()
薬で副作用を起こしたことは	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> どのような薬で(例えば、痛みどめ・抗生物質) <input type="checkbox"/> どのような状態に()
以前に歯科で治療を受けたときに異常は	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 気分が悪くなった <input type="checkbox"/> 血が止まりにくかった <input type="checkbox"/> その他() どういう時でしたか？ <input type="checkbox"/> 麻酔をしたとき <input type="checkbox"/> 歯を削ったとき <input type="checkbox"/> 歯の神経を取ったとき <input type="checkbox"/> 歯を抜いたとき <input type="checkbox"/> はれた歯肉を切開したとき <input type="checkbox"/> その他()
入院したことは	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 手術をした <input type="checkbox"/> 輸血をした <input type="checkbox"/> 病気の名前() <input type="checkbox"/> 入院期間 年 月 ~ 年 月
妊娠は	<input type="checkbox"/> してない <input type="checkbox"/> している(出産予定 年 月 日) <input type="checkbox"/> はっきりしない <input type="checkbox"/> 授乳中
医師からの歯科治療についての注意は	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ()

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下さい。

