

# 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

固定電話

携帯電話

E-mail

※スマートフォン・携帯・PC いずれか

@

ご住所

会社名

お勤め先  
又は連絡先

ご住所

電話

当院のホームページは  見たことがある  見たことがない

〔ぜひホームページについてのご感想をお聞かせください。〕

こちらの医院には  はじめて  前に来たことがある（ \_\_\_\_カ月前 ・ \_\_\_\_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  ポスティングハガキを見て  タウンページ・iタウンページを見て  
 ホームページを見て  Facebook を見て  Qlife 病院検索サイトを見て  雑誌を見て  
 その他( \_\_\_\_\_ )

通院方法  徒歩  自転車  JR・地下鉄  バス  車  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✓印をつけてお答え下さい。あてはまらない場合はその他の欄に具体的に記入ください。

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  
 痛みはない  歯ぐきから血がでる  痛みがある  歯ぐきがはれて痛い
- 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(こわれた、痛い、作りたい)  
 歯のぬけたところをなおしたい  あごの関節が痛い  歯ならびをなおしたい  
 歯石・着色をとってほしい  悪いところがないか診てほしい  
 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

それはいつごろからですか

\_\_\_\_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など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。

<p>今までにかかったことのある病気は</p> <p>※( )の中に具体的な病名をご記入ください。</p>	<p><input type="checkbox"/> 高血圧(最高 最低 ) <input type="checkbox"/> 心臓病( ) <input type="checkbox"/> 糖尿病( )</p> <p><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( )</p> <p><input type="checkbox"/> 肝臓病〔○肝炎(□A型 □B型 □C型 □その他) ○その他( )〕</p> <p><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</p> <p><input type="checkbox"/> 脳疾患( ) <input type="checkbox"/> その他( )</p>
<p>いま医院や病院に通っていますか? かかりつけの先生は</p>	<p><input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 病名: _____</p> <p>_____ 病院・医院 _____ 科 _____ 先生</p> <p>住所 _____ 電話 _____</p>
<p>いま薬をのんでいますか</p>	<p><input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる <span style="background-color: #f0f0f0; padding: 2px;">※よくわからない場合は、「おくすり手帳」をご提示ください。</span></p> <p><input type="radio"/> 血圧降下剤 <input type="radio"/> 血圧上昇剤 <input type="radio"/> ステロイドホルモン <input type="radio"/> 抗生物質</p> <p><input type="radio"/> 精神安定剤 <input type="radio"/> 骨粗鬆症のお薬 <input type="radio"/> その他 (お薬名: _____)</p>

### 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、身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。

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

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。