

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。

今までにかかったことのある病気は ※()の中に具体的な病名をご記入ください。	<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〔○肝炎(□A型 □B型 □C型 □その他) ○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? かかりつけの先生は	<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。 ○ 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、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。

アレルギー体質は	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 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。)
薬で副作用を 起こしたことは	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 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()
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"/> 血がとまりにくかった <input type="checkbox"/> その他() どういうときでしたか ○ 麻酔をしたとき ○ 歯を削ったとき ○ 歯の神経をとったとき ○ 歯をぬいたとき ○ はれた歯肉を切開したとき ○ その他()
入院したことは	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 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
妊娠は	<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
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。