

診療申込書

受付 令和 年 月 日

⑧ より良い診療をするための大切な資料となりますのでくわしく正確に記入してください。

フリガナ 氏名	男・女	生年月日	年	月	日生	(才)
現住所 〒						職業
連絡先 TEL	メール	血液型		(Rh)		

【1】 いかがされましたか？ (複数選択可)

- 歯を抜いてほしい 口内炎 口内にできものができた 口がかわく 歯が痛い 歯がしみる
あごが痛い 歯がうごいている 歯ぐきから血がでる 歯ぐきが腫れた 詰め物がとれた
入れ歯が壊れた/あわない インプラント入れたい がん検診希望 その他 ()

【2】 本院に来院された理由

- 親戚・知人に聞いて () 様から紹介された) インターネットを見て
書籍・雑誌を見て 広告・看板を見て 他の病院より紹介されて (医院名)

【3】 歯科治療に関して

- ・この前歯科にかかったのはいつどこですか？ 他の歯科医院(年 月頃)
その時の症状は？ ()
・手術や抜歯の経験はありますか？ いいえ・はい (全身麻酔 ・ 局所 ・ 麻酔 ・ 輸血点滴)
・麻酔注射あるいは抜歯に対する異常反応は？ ない・ある (痛み ・ 血が止まりにくかった ・ 貧血をおこした ・ はれた)
・口の中の管理 (歯磨き指導、予防処置など) を受けたことはありますか？ ない ・ ある
・歯磨きするときは (起床時・朝食後・昼食後・夕飯後・就寝前 (計 回) ・フロス・歯間ブラシ・電動ブラシ)

【4】 通院中・治療中の病気はありますか？ ない・ある

現在治療中の病気は□に○印を、過去に治療した病気は病名に×印をお願いします。

- 高血圧 糖尿病 脳血管障害 (脳出血、脳梗塞) ぜんそく 肝臓病 (肝炎、肝硬変) 腎臓病
てんかん 甲状腺の病気 がん (具体的に :) 心臓病 (狭心症、心筋梗塞、その他)
消化器疾患 (胃炎、大腸炎、胃腸潰瘍) HIV 梅毒 その他 ()
ペースメーカーの使用 あり なし

【5】 体調について

- ・タバコは吸いますか？ 吸う ・ 吸わない ・ 過去に吸っていた (禁煙歴 年)
・女性の方 現在妊娠していますか、またその可能性はありますか？ いいえ・はい (妊娠 カ月)
現在授乳中ですか？ いいえ・はい (産後 カ月)
今月経中ですか？ いいえ・はい
・睡眠は取れていますか？ 取れている (時間) 取れていない (時間)
・健康食品、サプリメント、栄養ドリンク剤などを摂っていますか？ いいえ・はい (品名 :)
・習慣的飲料物はありますか？ ある () なし
・間食はしますか？ 規則正しい ・ 不規則 ・ あまりしない
・アレルギーの可能性のあるものは？ 抗菌薬 ・ 鎮痛剤 ・ 金属類 ・ その他 ()

治療内容 今現在痛んでいるところだけ治療希望 (応急処置)
悪いところを全部治療希望
悪いところの治療だけでなくお口の健康管理まで希望

治療方法 保険診療にこだわらず最良の治療を希望
保険を使い部分的には保険外の治療を希望
保険診療の範囲内での治療を希望
医師と相談して方法を定める