

診療申込書

記入日

年 月 日

ご住所 〒 _____ 県 _____ 市 _____ 区 _____
マンション・団地名 _____

よみ _____ 男 _____ 生年月日 _____
氏名 _____ 女 _____ 妊・嚙・穢 _____ 年 月 日生まれ _____ 歳
電話 _____ - _____ 携帯 _____ - _____
ご職業 無職 主婦 学生 営業 事務 教職 公務員 医療関係 その他

1. どうなさいましたか？

検診、歯のクリーニング 治療 相談 他院からの紹介

2. 気になることはありますか？

特になし痛み しみる はれている 取れた、こわれた 歯が無い 色歯並び、かみ合わせ 睡眠時無呼吸、いびき 歯ぎしり におい心配なことがある その他 _____

3. 気になる場所はどこですか？

歯 はぐき あご 義歯など唇 舌 鼻 耳

| | | |
|----|----|----|
| 左上 | 前上 | 右上 |
| 左下 | 前下 | 右下 |

4. お薬を飲んだり使用している場合はすべてご記入ください。(貼り薬なども)

または「お薬手帳」を見せてください。(コピーさせていただきます)

(_____)

(_____)

5. 現在または以前に下記の病気にかかったことはありますか？

高血圧 (最高血圧/最低血圧 _____ / _____)心臓 (不整脈 狭心症 心筋梗塞 ペースメーカー その他 _____)脳梗塞 脳卒中肝臓 (肝炎B型, C型, アルコール 肝硬変 その他 _____)糖尿 (薬を飲んでいる インシュリンを使用している)腎臓 (人工透析 (月 火 水 木 金 土 日) その他 _____)甲状腺 血液疾患がん・腫瘍 _____ (化学療法中 放射線療法中 (体外放射体内放射))骨粗しょう症その他 (_____)

(_____)

なし

6. アレルギーはありますか？

ぜんそく 薬 金属 食べ物 牛乳 その他 _____なし

7. 女性の方にお聞きいたします。

妊娠について (していない 妊娠 _____ ヶ月 妊娠の可能性あり)授乳について (していない 母乳のみ 混合)

8. 病院や歯科医院での治療や薬でなにか異状があればご記入ください

(_____)

(_____)

9. ご希望や伝えておきたいことがあればご記入ください。

(_____)

(_____)

10. 当院にいらっしゃっているご家族や、御紹介者がおいでですか？

(_____)

(_____)

歯科医院
利用欄

_____ 年

____ / ____

初・再

薬

基礎疾患

アレルギー