

# 診療申込書

当歯科医院は、あなたの健康状態を知り、治療上の参考にさせて頂きたいと考えております。つきましては次の事項に該当するものに○印をつけ、できるだけ詳しくお答え下さい。尚、この資料の秘密は厳守させて頂きます。

## 1. 来院の理由をお聞かせ下さい。

- |            |                  |                      |
|------------|------------------|----------------------|
| 1. 歯が痛い    | 7. 歯ぐきから血が出る     | 13. 顎が痛い             |
| 2. 歯がしみる   | 8. 口の中に何かできた     | 14. 歯の汚れを落としたい       |
| 3. 歯をぶつけた  | 9. 親知らずが気になる     | 15. ホワイトニングをしたい(保険外) |
| 4. 詰め物が取れた | 10. 歯並びが気になる     | 16. 口臭が気になる          |
| 5. 差し歯が取れた | 11. 義歯(入れ歯)が壊れた  | 17. 検診               |
| 6. 歯ぐきが腫れた | 12. 義歯(入れ歯)を作りたい | 18. インプラントを入れたい(保険外) |
|            |                  | 19. その他( )           |

## 2. 以前に歯科の診療を受けた事はありますか？

1. 当歯科医院で                      2. 他歯科医院で                      3. ない

\* 上記1.2についてのみ、お答え下さい。

1. ( ) 年前)      2. ( ) ヶ月前)      その際 (1) 完治した      (2) 途中でやめた

## 3. 下記の病気にかかった、又は現在かかっているものはありますか？

- |         |           |             |
|---------|-----------|-------------|
| 1. 心臓病  | 5. 脳卒中    | 9. 糖尿病      |
| 2. 高血圧  | 6. 腎臓病    | 10. 甲状腺の病気  |
| 3. リウマチ | 7. 胃・腸の病気 | 11. 肝臓病     |
| 4. ぜんそく | 8. てんかん   | 12. その他、入院等 |

\* 上記で○印のあった方、それはいつ頃ですか？又、完治しましたか？  
( )

## 4. 現在薬を飲んでいますか？

1. はい(何の薬ですか？ )      2. いいえ

## 5. 医師、歯科医師から薬の使用又は病気について

注意するように言われた事がありましたら、詳しくお書き下さい。

## 6. かかりつけの病院がありましたらお書き下さい。

(病院 / 科) (電話 ) (担当医 )

裏面にもご記入下さい。