

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。