

診療申込書

カルテNo.

20 年 月 日

ふりがな

お名前

様 男 女 歳 生年月日 明・大・昭・平 年 月 日

〒
ご住所

携帯

電話

お勤め先

電話

こちらの医院には はじめて 前に来院したことがある (月位前・ 年位前)

- 知人・家族の紹介 (ご紹介者名)
 他の医療機関からの紹介 (病院/診療所名)
 院前を通して 看板を見て 新聞を見て タウンページを見て 折込チラシを見て
 ホームページを見て その他 ()

希望する治療の範囲は

- 現在、気になっているところだけ 悪いところは全て治したい

診療は

- 保険の範囲内で 保険以外にも多少の費用をかけても良い 保険外の治療を希望 よく相談して決めたい

最後に歯科治療したのはいつですか?

(年前・ 月前) 以前は () 歯科医院

希望の診察時間はありますか

- ない ある (曜日、午前・午後)

問診票

1 下記のことからあてはまる場合は□○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ご記入ください。

どうなさいましたか

- 歯 (しみる ズキズキ痛い 咬むと痛い 親知らずが痛い 詰めた物が取れた
 その他 ())
 歯肉 (腫れて痛い 血が出る うみが出る 歯肉が下がってきた 口内炎がある
 その他 ())
 入れ歯 (新しく作りたい 痛い ゆるい 割れた その他 ())
 歯石を取りたい 歯を白くしたい インプラントについて知りたい 矯正相談
 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 _____ 月前から その他 ()

2 あなたが望む理想の歯科治療とはどのようなものですか?ご希望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 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：) <input type="radio"/> 発疹ができる <input type="radio"/> かぶれやすい(化粧品など) <input type="radio"/> 子供の頃アトピーがあった <input type="radio"/> 花粉症、鼻炎 <input type="radio"/> ぜん息がある <input type="radio"/> 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 <input type="radio"/> どのような薬で(例えば、痛みどめ・抗生物質/) <input type="radio"/> 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() <input checked="" type="radio"/> どういうときでしたか <input type="radio"/> 麻酔をしたとき <input type="radio"/> 歯を削ったとき <input type="radio"/> 歯の神経をとったとき <input type="radio"/> 歯をぬいたとき <input type="radio"/> はれた歯肉を切開したとき <input type="radio"/> その他() <input checked="" type="radio"/> そのときどうされましたか <input type="radio"/> 酸素吸入を受けた <input type="radio"/> 横になったら良くなった <input type="radio"/> 治療を中止した <input type="radio"/> その他()

4 あなたの現在の身体の具合についてお答えください。

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"/> いない <input type="checkbox"/> いる <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr> <td style="width: 30%;">病院・医院</td> <td style="width: 30%;">科</td> <td style="width: 40%;">先生</td> </tr> </table>	病院・医院	科	先生
病院・医院	科	先生		
入院したことは	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある			
今までにかかったことのある病気は	<input type="checkbox"/> 高血圧(最高 最低) <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 糖尿病(HbA1c値: %) <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(○B型肝炎 ○C型肝炎 ○その他()) <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> 血液の病気 <input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> その他()			
いま薬をのんでいますか	<input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる <input checked="" type="radio"/> お医者さんよりもらった薬(具体的に) ※お薬手帳をお持ちの方は受付にお見せ下さい お薬名： { } <input checked="" type="radio"/> 市販薬で飲んでいるものがございましたらご記入ください。 お薬名など： { }			
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 _____			
過去に手術の経験はありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある いつごろ(前) 病気の名前() 輸血したことが 有・無			
ペースメーカー・人工透析について	ペースメーカーを入れていますか <input type="checkbox"/> 入っていない <input type="checkbox"/> 入っている 現在、人工透析を行っていますか <input type="checkbox"/> 行っていない <input type="checkbox"/> 行っている			
今までケガをした時	出血は <input type="checkbox"/> 普通に止まる <input type="checkbox"/> 止まりにくい 傷口は <input type="checkbox"/> 普通に治る <input type="checkbox"/> 治りが悪い			
タバコを吸いますか	<input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 吸う(1日 本) <input type="checkbox"/> 禁煙した(年前 ヶ月前)			
妊娠は	<input type="checkbox"/> している (出産予定 年 月 日 病院名) <input type="checkbox"/> はっきりしない ※授乳中の方は、お知らせ願います。 <input type="checkbox"/> していない			

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。