

診 療 申 込 書

カルテNo.

--	--	--	--	--	--	--	--

20 年 月 日 初診

ふりがな	生 年	M・T・S・H	初診時
お名前	月 日	年 月 日生	才
ご住所 〒	電 話 ()		
学校名または 勤務先名	電 話 ()		
当院へのご紹介者	様		

あなたの健康状態を知ることは、より良い診療をするために必要ですので、次の事項について該当する項目に○をつけてください。

● どうなさいましたか？

- 1 ムシ歯の治療 2 歯の痛み 3 歯そうノウロウ 4 しみる
5 口腔清掃(歯石除去) 6 入れ歯を入れたい 7 詰めた物がとれた … いつ? _____ 前
8 歯科健康相談 9 その他 ()

● 現在及び過去において次の病気をしたことがありますか？ はい/いいえ

- 1 心臓疾患 2 肝臓疾患 3 腎臓疾患 4 糖尿病
5 高血圧 (/) 6 貧 血 7 妊娠中 (カ月)
8 血が止まりにくい
9 特異体質、アレルギー、ペニシリン、ピリン系、麻 薬、その他 ()

● 喫煙をされますか？ 無・有 1日_____本ぐらい

● 今までに薬品で異常をおこしたことはありますか？ はい/いいえ

- 1 抗生物質 2 ピリン系 3 鎮痛剤 4 その他 ()

● 歯の治療で麻酔の注射をされたことがありますか？ はい/いいえ

● その時、異常がありましたか？ はい/いいえ

● 以前歯科治療を受けられたのは？ _____ヶ月前 _____年前

● 歯みがきの回数は？ 1日_____回、 いつ? 起床時・朝食後・昼食後・夕食後・就寝前

● 歯みがきの指導をしていただいたことがありますか？ はい/いいえ

● 治療内容のご希望

- 1 悪い歯は全部なおしたい
2 痛いところ、気になるところだけなおしたい

● 治療に対するご希望

- 1 健康保険の範囲内で治療したい
2 健康保険と併用で保険の範囲外は相談の上、自己負担してもよい

● 治療時間について

_____曜日がいよい _____時頃がいよい
いつでもよい

● その他、希望することがありましたらお書きください。

