

# 診 療 申 込 書

カルテNo.

20 年 月 日 初診

ふりがな お名前	生 年 月 日	M・T・S・H 年 月 日生	初診時 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

- \_\_\_\_\_ 曜日がよい \_\_\_\_\_ 時頃がよい  
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。

---



---



---

