

診療申込書

記入年月日 平成 年 月 日	NO.
(ふりがな) お名前 男・女	明・大・昭・平 年 月 日 生まれ 歳 血液型
ご住所〒	TEL.() -
勤務先(学校名)	TEL.() - 内線
メールアドレス :	@

よりよい治療をお受けいただくために、現在のあなたの健康状態や診療希望をおたずねします。下記の質問のあてはまるところに○をつけてください。ご記入いただいた内容の秘密は厳守いたします。

<p>■ 今日はどうなさいましたか？</p> <p><input type="checkbox"/> 歯が痛い (1.いつも痛む 2.かんだとき 3.甘いもので 4.冷たいもので 5.温かいもので) <input type="checkbox"/> 痛くないが虫歯がある</p> <p><input type="checkbox"/> 歯ぐきがいたい・はれている <input type="checkbox"/> 歯ぐきから血やうみがでる <input type="checkbox"/> 歯が動く <input type="checkbox"/> 入れ歯の具合がわるい</p> <p><input type="checkbox"/> 歯のない所に歯を入れてほしい <input type="checkbox"/> つめもの・かぶせものがとれた <input type="checkbox"/> 口を開けるとあごに音がする</p> <p><input type="checkbox"/> あごが痛い <input type="checkbox"/> はならびの相談をしたい <input type="checkbox"/> 歯を美しくしたい <input type="checkbox"/> 歯石をとってほしい</p> <p><input type="checkbox"/> 歯の健康診断をしてほしい <input type="checkbox"/> その他()</p>
<p>■ 内科的な病気はありますか？</p> <p><input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある 1.心臓病 2.肝臓病 3.腎臓病 4.胃腸病 5.貧血症 6.糖尿病</p> <p><input type="checkbox"/> 以前あった 7.高血圧・低血圧(最高 /最低) 8.血液病 9.その他()</p>
<p>■ 当院にこられたのは <input type="checkbox"/> はじめて (最後に他院で治療を受けたのは 年 ヶ月前)</p> <p><input type="checkbox"/> 前に来たことがある (年 ヶ月前)</p>
<p>■ 現在服用(常用)している薬はありますか？</p> <p><input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (1.抗生物質 2.痛み止め 3.血圧の薬 4.ステロイド剤 5.胃腸薬</p> <p>6.精神安定剤 7.その他_____)</p>
<p>■ かかりつけの医師</p> <p>_____ 医院(科) 担当医() TEL() -</p>
<p>■ 薬に対する副作用やアレルギーはありますか？</p> <p><input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(薬の名前と症状:)</p>
<p>■ アレルギーや特異体質はありますか？</p> <p><input type="checkbox"/> ない</p> <p><input type="checkbox"/> ある (1.食物 2.ぜんそく 3.アトピー性皮膚炎 4.吐き気がきつい 5.その他_____)</p>
<p>■ 歯を抜いたり麻酔をしたことがありますか？</p> <p><input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある そのとき 1.気分が悪くなった 2.麻酔がききに良かった 3.血が止まりにくかった</p> <p>4.熱がでた 5.その他() 6.異常はなかった</p>
<p>■ 女性の方で</p> <p><input type="checkbox"/> 妊娠していない <input type="checkbox"/> 妊娠しているかもしれない <input type="checkbox"/> 妊娠中(現在 ヶ月 月出産予定)</p>
<p>■ 治療に際してのご希望は？</p> <p><input type="checkbox"/> 悪いところだけでなく、お口の中全体の状態や治療法も説明してほしい。</p> <p><input type="checkbox"/> 今、痛んでいるところだけ、状態や治療法を説明してほしい。</p> <p><input type="checkbox"/> その他、ご希望があればお書きください。()</p>
<p>■ 当医院を何でお知りになりましたか？</p> <p><input type="checkbox"/> 大学・他医院からの紹介 <input type="checkbox"/> 住居に近いから <input type="checkbox"/> 仕事場に近いから <input type="checkbox"/> 広告 <input type="checkbox"/> ホームページ</p> <p><input type="checkbox"/> 家族、知人の紹介や勧め 御紹介者 様 <input type="checkbox"/> その他()</p>
<p>■ 治療日時のご希望は？</p> <p><input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 <input type="checkbox"/> 時頃 <input type="checkbox"/> 曜日 <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> その他()</p>
<p>◆ 定期健診システム(リコール)のご紹介◆</p> <p>当院では、歯と口の健康を維持し守るために、定期的な健診システム(リコール)を実施しています。</p> <p><input type="checkbox"/> リコールしてほしい <input type="checkbox"/> リコールを希望しない</p>