

受診申込書

平成 年 月 日

フリガナ			
氏名	男 ・ 女	明・大・昭・平	年 月 日生
現住所		電話番号	
勤務先	電話番号	紹介者	様
当院ははじめてですか		はい ・ いいえ	
あなたがこられたのは			
1 歯が痛いから	7 義歯がこわれた		
2 虫歯で（温・冷）にしみる	8 金属冠・義歯を入れたい		
3 つめもの・冠等がはずれた	9 歯並びが悪い		
4 痛くないが治療しておきたい	10 顎の関節が痛む。関節で音がする		
5 歯茎が悪く血が出やすい	11 その他（歯石除去・フッ素塗布・	）	
6 （歯茎・顔）がはれた			
どのような治療をお望みですか			
1 いま痛みのある所だけ治療して欲しい	3 保険のきかない所は自費でもかまわない		
2 この機会に悪い所は全て治療して欲しい	4 先生と相談して決めたい		
アレルギーはありませんか			
1 ありません	3 薬を飲んだり、注射で異常を起こしたことがある		
2 じんましんが出たことがある	4 その他（	）	
（何で		）	
身体の具合はいかがですか			
1 特に異常はない			
2 過去に重い病気にかかったことがありますか	ある場合は、その病名は（		
又、入院されたことがありますか		ある場合、（	
		）ヶ月前、（	
		）年前	
3 現在病気にかかっているいらっしゃいますか			
①心臓病（不整脈、心不全、狭心症、心筋梗塞、弁膜症、その他			
）			
②腎臓病 ③糖尿病 ④胃腸病 ⑤喘息（気管支喘息、心臓性喘息、アスピリン喘息）			
⑥肝臓病（A型肝炎、B型肝炎、C型肝炎、慢性肝炎、肝硬変、その他			
）			
⑦甲状腺の病気 ⑧てんかん ⑨その他（			
）病			
4 血圧は（正常・高い・低い）			
5 現在治療を受けていらっしゃいますか	はい ・ いいえ		
6 現在何か薬をのんでいますか	はい（薬品名：		
		） ・ いいえ	
7 血が止まりにくかったことがありますか	はい ・ いいえ		
8 階段をのぼると、動悸や息切れがひどくなりますか	はい ・ いいえ		
9 急にのぼせたり、耳鳴りすることがありますか	はい ・ いいえ		
10 立ちくらみをおこしやすいですか	はい ・ いいえ		
11 妊娠	ヶ月		
12 歯科で麻酔を受けたことがありますか	はい ・ いいえ		
13 その時、何か異常がありましたか	はい ・ いいえ		
14 その他、先生に伝えたい事がありましたらご記入ください			