

診療申込書

平成 年 月 日 No. _____

ふりがな				男・女 才
お名前	明・大・昭・平 治・正・和・成	年 月 日生		
ご住所 〒	電 話			
	E-mail			
勤務先・職業	電 話			
ご紹介者	ご紹介者との間柄			

●主 訴 (どうなさいましたか?)

●あなたの健康状態について

(1) 今までに次のような病気にかかったことがありますか? あれば○をつけて下さい。
(心臓病・高血圧・糖尿病・肝臓病・喘息・脳卒中・血液疾患・胃腸病)

(2) 上記の病気あるいはその他で入院をしたことがありますか? (はい・いいえ)

(3) 現在、他院・他科 (内科・その他) の医師にかかっていますか? . . . (はい・いいえ)
(科・ 病名)

(4) 現在常用している薬はありますか? (はい・いいえ)
(わかれば、その薬品名)

(5) 過去に薬を飲んでアレルギーがでたことがありますか? (はい・いいえ)
(それは何ですか?) . . . ペニシリン・風邪薬・鎮痛剤
その他 ()

(6) 歯科治療中 (麻酔あるいは歯を抜いた時など) に気分が悪くなったことが
ありますか? (はい・いいえ)

(7) 血が止まりにくいですか? (はい・いいえ)

(8) 女性の方へ 現在妊娠中ですか? もしくは、可能性がありますか? . . (はい・いいえ)
(月)

●歯科治療内容についての希望 (○) をつけてください

A 悪い歯はすべて治療したい。	1 保険の範囲内で治療したい。
B 今痛んでいる箇所だけ治療したい。	2 保険外の材料・技術に費用をかけても良い。
	3 相談したい。

●定期検診を望まれますか? (はい・いいえ)

●その他、特に希望することがあればご記入下さい。