

診療申込書

ご記入日 平成 年 月 日

ふりがな		男		大正・昭和・平成
お名前		女	生年月日	年 月 日 (歳)
ご住所	〒 -	電話 (自宅)		
		電話 (携帯)		

お手数ですが、該当する箇所をチェックとご記入をお願いします。
適切な治療の為、正確にお答えください。

どうなさいましたか？（複数回答可）

- 歯が痛い(何もしなくても痛い・噛むと痛い)
- 詰め物・差し歯がとれた 虫歯
- 歯がしみる 物が詰まる
- 歯ぐき(出血する・腫れている)
- 入れ歯が合わない 入れ歯を作りたい
- 歯石取り インプラント
- 検診
- その他 ()

どこが痛みますか？

右上奥	前上	左上奥
右下奥	前下	左下奥

次の病気にかかったことはありますか？

- 心臓病 肝臓病 腎臓病 脳梗塞
- 血液疾患 肝炎ウイルス (B・C)
- 高血圧 胃潰瘍 貧血 ぜんそく
- 骨粗しょう症 糖尿病
- その他・手術など
- ない

現在、医療機関に通院中ですか？

- いいえ はい
- 医療機関名

現在の体調はいかがですか？

- 普通・良好 不良

お薬を服用中ですか？

- いいえ はい

注：骨粗しょう症の治療経験がある方は、
必ずお申し出ください。

- 降圧剤 血をさらさらにする薬 安定剤
- 鎮痛剤 (痛み止め) 胃薬 喘息薬
- 骨粗しょう症 (服用・点滴) 抗生剤
- その他 ()

お薬手帳をお持ちの方は必ずご提示ください。

お薬のアレルギーや副作用はありますか？

- ない
- はい (薬品名:)

麻酔の経験はありますか？

- はい いいえ

抜歯の経験はありますか？

- はい いいえ

上記の際、何か異常はありましたか？

- いいえ
- はい ()

妊娠の可能性はありますか (女性のみ)

- はい (妊娠 月) いいえ

タバコは吸いますか

- 吸わない
- はい (1日 本くらい・以前喫煙)

■裏面にもご記入をお願いします。

治療が必要となった場合

- 最も良い材料と方法を希望する
- すべて健康保険で治したい
- 治療の方法を相談して決めたい
- 保険外治療費の見積希望

当院をお知りになったきっかけ

- 看板 ホームページ・インターネット
- 近所だから □□コミ 以前も通院
- 知人・家族の紹介

(_____ 様)

来院希望の曜日・時刻がありましたら、○印をご記入ください。

	月	火	水	木	金	土
9:00~12:00						
14:30~17:00				休		休
17:00~19:00				休		休

注：午前の診療は11:30まで、
午後の診療は18:30のご予約が
最終となります。

その他、治療に対する質問やご希望などがありましたらご記入ください。

以上の記載内容を確認し署名します。

ご署名 _____

お願い 今後、病気などでお体の調子が変わられた場合は、お申し出ください。
ご記入ありがとうございました。

やまだ歯科クリニック 院長