

# 受 診 申 込 書

令和 年 月 日

フリガナ		男・女	明・大・昭・平	年	月	日生
氏名						
現住所	〒				TEL	
勤務先		TEL	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。関節で音がある				
5 歯ぐきが悪く血がでやすい		11 その他（歯石除去・フッ素塗布・ ）				
6 （歯ぐき・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		4 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		5 先生と相談して決めたい				
3 保険の範囲内で治療して欲しい						
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 （何で ）		4 その他（ ）				
身体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、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やいますか						
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（どうき）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 たちくらみをおこしやすいですか		はい ・ いいえ				
11 妊娠 月						
12 歯科で麻酔をう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、先生に特に伝えたい事がありましたらご記入ください						
[ ]						
予約時間は		（ ）曜日		（ 午前 ・ 午後 ）		時頃がよい