

受 診 申 込 書

年 月 日

フリガナ			
氏 名	男 ・ 女	大・昭・平・令	年 月 日生
現住所			
TEL	(自宅)	(携帯)	
勤務先	(TEL)		
当院ははじめてですか	はい ・ いいえ	紹介者	様
あなたがこられたのは 1 歯が痛いから 2 虫歯で(温・冷)にしみる 3 つめもの・冠等がはずれた 4 痛くないが治療しておきたい 5 歯ぐきが悪く血がでやすい 6 (歯ぐき・顔)がはれた 7 義歯がこわれた 8 金属冠・義歯を入れたい 9 歯並びが悪い 10 顎の関節が痛む・音がする 11 歯石除去・フッ化物塗布 12 その他 ()			
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 2 この機会に悪い所は全て治療して欲しい 3 保険の範囲内で治療して欲しい 4 保険のきかない所は自費でもかまわない 5 先生と相談して決めたい 6 その他 ()			
アレルギーはありませんか 1 ありません 2 じんましんが出たことがある (何で) 3 薬を飲んだり、注射で異常を起こしたことがある (薬剤名:) 4 その他 () 5 ゴム(ラテックス)でアレルギー症状が出たことがある			
その他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、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 骨粗鬆症・リウマチ ⑩ その他()病 4 現在何か薬をのんでいますか ⑩ 脳梗塞 はい ・ いいえ (薬品名:) 5 血圧は(正常・高い・低い) 6 血が止まりにくかったことがありますか はい ・ いいえ 7 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 8 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 9 たちくらみをおこしやすいですか はい ・ いいえ 10 妊娠 ヶ月 11 歯科で麻酔をうけたことがありますか はい ・ いいえ その時、何か異常がありましたか はい ・ いいえ 12 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

シエネリック医薬品への変更を希望(する・しない)

タバコを吸う・吸わない・吸っていた
1日 本× 年間

緊急連絡先(もしもの時のために)
お名前 () 続柄 ()
電話番号 ()

かかりつけの内科・病院
()