

受診の方に御願い

次の項目について御記入ください。

秘

年 月 日		診療申込書		No.	
ふりがな		男 ・ 女	生年月日	明 大 昭 平	年 月 日 (才)
氏名					
住所	〒	TEL:			
勤務先・学校		ご紹介者			
TEL:					
<p>当院では健康保持のお役に立ち、より良い診療を行ないたいと思います。 お手数ですが、次の質問にお答え下さい。尚、秘密は厳守致します。</p>					
どうなされましたか (いくつでも結構です)	歯が痛い 歯ぐきが腫れた 入れ歯の具合が悪い	歯がしみる 定期検査	歯が浮いている 以前つめたものが取れた その他()		
現在の健康状態は 又、今までにかかった病気はありますか	健康である 心臓病 胃腸障害 脳卒中	あまり良くない 肝臓病 ぜんそく その他()	高血圧 腎臓病 血液疾患	糖尿病 リウマチ	
現在地の医院(内科・外科等)に通院していますか かかりつけの医院は	通院している 医院名()		通院していない		
現在常用している薬はありますか	あ る() な い				
アレルギー体質、特異体質といわれたことがありますか	あ る(ペニシリン、ピリン系、かぜ薬、麻酔、その他) な い				
歯科の治療を受けた時異常がありましたか (麻酔注射をした時等)	特に異常はない 気分が悪くなった		その他()		
現在、妊娠又はその可能性はありますか (女性の方へ)	あ る()ヶ月) な い				
治療についての希望	今痛んでいる所だけ治療して欲しい この機会に悪い所は全て治療して欲しい				
治療方法について	保険の範囲内で治療して欲しい なるべく保険の範囲内で治療して重点的に費用を多少かけてもかまわない 保険の範囲外でもかまわないので最も良い材料と方法で治療して欲しい 相談して決めたい				
<お子様の治療の場合に>					
以前に歯科治療をしたことがありますか	あ る(その時=やらせた・いやがった・泣いた・あばれた) な い				
お子さまが治療中泣いてあばれた場合	泣いても治療をつづけて欲しい ひどく泣いたら治療をやめて欲しい 泣いたらすぐ治療をやめて欲しい				
御協力ありがとうございました					