

診療申込書

カルテNo.

年 月 日

ふりがな

お名前

様 男 女 年齢 歳 生年月日 大・昭・平・令 年 月 日

□□□□□□□□

職業

固定電話

携帯電話

E-mail

※スマートフォン・携帯・PCいずれか
@

ご住所

会社名

お勤め先
又は連絡先

ご住所

電話

当院のホームページは 見たことがある 見たことがない

〔ぜひホームページについてのご感想をお聞かせください。〕

こちらの医院には はじめて 前に来たことがある (____カ月前 ・ ____年位前)

- 知人・家族の紹介(ご紹介者名 _____ 様)
 他の医療機関からの紹介(病院/診療所名 _____)
 地下鉄広告を見て 看板を見て 区役所内広告を見て ポスティングハガキを見て ホームページを見て
 ネット検索を見て(_____) SNSを見て(YouTube・LINE・Instagram・その他) まんまる新聞を見て
 Qlife病院検索サイトを見て 女性に役立つメディカルガイドを見て その他(_____)

通院方法 徒歩 自転車 地下鉄 バス 車 その他 (_____)

予診票

1 下記のことがらにあてはまる場合は□○の枠内に✓印をつけてお答え下さい。あてはまらない場合はその他の欄に具体的に記入ください。

どうなさいましたか

- むし歯がある 歯肉がおかしい 親知らずが痛い
 痛みはない 歯ぐきから血がでる 痛みがある 歯ぐきがはれて痛い
- つめたもの、かぶせたもの、さし歯がとれた 入れ歯の具合が悪い(こわれた、痛い、作りたい)
 歯のぬけたところをなおしたい あごの関節が痛い 歯ならびをなおしたい
 歯石・着色をとってほしい 悪いところがないか診てほしい
 その他(_____)

それはどこですか

- 右上奥歯 右下奥歯 上前歯 下前歯 左上奥歯 左下奥歯

それはいつごろからですか

____日前から・____カ月前から その他(_____)

2 歯の治療についてのご希望や、歯科医に伝えたいことなどがありましたらお書きください。

裏面もご記入ください。▶

3 あなたの現在の身体の具合についてお答えください。

今までにかかったことのある病気は ※()の中に具体的な病名をご記入ください。	<input type="checkbox"/> 高血圧(最高 最低) <input type="checkbox"/> 心臓病() <input type="checkbox"/> 糖尿病() <input type="checkbox"/> 甲状腺の病気() <input type="checkbox"/> 肺の病気() <input type="checkbox"/> 消化器の病気() <input type="checkbox"/> 肝臓病〔○肝炎(□A型 □B型 □C型 □その他) ○その他()〕 <input type="checkbox"/> 腎臓病() <input type="checkbox"/> 腫瘍() <input type="checkbox"/> 血液の病気() <input type="checkbox"/> ぜん息 <input type="checkbox"/> 脳疾患() <input type="checkbox"/> その他()
いま医院や病院に通っていますか？ かかりつけの先生は	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 病名： 病院・医院 科 先生 住所 電話
いま薬をのんでいますか	<input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる ※よくわからない場合は、「おくすり手帳」をご提示ください。 <input type="checkbox"/> 血圧降下剤 <input type="checkbox"/> 血圧上昇剤 <input type="checkbox"/> ステロイドホルモン <input type="checkbox"/> 抗生物質 <input type="checkbox"/> 精神安定剤 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症のお薬 <input type="checkbox"/> その他(お薬名：)

4 歯の状態により麻酔をしたり、薬を飲んでもらうことがあります。また、身体の具合や病気の状態により治療方法を選んだり、薬をひかえることもあります。なるべく詳しくお答えください。

アレルギー体質は	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(食べ物・薬・金属：) <input type="checkbox"/> 発疹ができる <input type="checkbox"/> かぶれやすい(化粧品など) <input type="checkbox"/> 子供の頃アトピーがあった <input type="checkbox"/> 花粉症、鼻炎 <input type="checkbox"/> ぜん息がある <input type="checkbox"/> その他(体質で気になることがあれば記入ください。)
薬で副作用を起こしたことは	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> どのような薬で(例えば、痛みどめ・抗生物質) <input type="checkbox"/> どのような状態に()
以前に歯科で治療を受けたときに異常は	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 気分が悪くなった <input type="checkbox"/> 血がとまりにくかった <input type="checkbox"/> その他() どういうときでしたか <input type="checkbox"/> 麻酔をしたとき <input type="checkbox"/> 歯を削ったとき <input type="checkbox"/> 歯の神経をとったとき <input type="checkbox"/> 歯をぬいたとき <input type="checkbox"/> はれた歯肉を切開したとき <input type="checkbox"/> その他()
入院したことは	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 手術をした <input type="checkbox"/> 輸血をした <input type="checkbox"/> 病気の名前() <input type="checkbox"/> 入院期間 年 月 日
妊娠は	<input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> している(出産予定 年 月 日) <input type="checkbox"/> はっきりしない <input type="checkbox"/> 授乳中
医師からの歯科治療についての注意は	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある _____

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。
 正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

ご記入いただき、ありがとうございました。
 これは院内資料としてのみ使用しますのでご安心下さい。