

宇治山田歯科医院 診療申込書

平成 年 月 日

ふりがな		男・女	生年月日	大・昭・平 年 月 日 (才)
お名前				
ご住所	〒		電話 ()	
			携帯電話	
当院をどのようにして お知りになりましたか	<input type="checkbox"/> ご紹介 <input type="checkbox"/> 看板(八間通) <input type="checkbox"/> 建物を見て	<input type="checkbox"/> 他院からのご紹介 <input type="checkbox"/> 近所(自宅/勤務先) <input type="checkbox"/> 市民便利帳	<input type="checkbox"/> 電話帳を見て <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> その他 ()	
ご紹介者があればお書きください ご関係：家族・友人・その他 () お名前 様				

あなたの現在の健康状態を知り、治療上の参考にさせていただきますので
下記の項目にチェックまたはご記入をお願いします。

本日はどうなさいましたか	<input type="checkbox"/> 歯が痛い(しみる/噛むと痛い) <input type="checkbox"/> 歯ぐきが(痛い/はれている) <input type="checkbox"/> 虫歯を治療したい <input type="checkbox"/> つめものが取れた <input type="checkbox"/> 歯石を取ってほしい <input type="checkbox"/> 入れ歯の具合が悪い <input type="checkbox"/> 歯並びの相談 <input type="checkbox"/> インプラント治療相談 <input type="checkbox"/> 歯を白くしたい <input type="checkbox"/> フッ素塗布希望 <input type="checkbox"/> 健診希望 <input type="checkbox"/> その他の相談 ()
最後に歯の治療をしたのはいつ頃ですか	年 月 日 くらい前に、 月の治療をした
歯の麻酔注射をしたことがありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある → その時異常はなかった、異常があった (気分が悪くなった、麻酔が効かなかった、その他)
歯を抜いたことがありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (最後に抜いたのは、約 年前) 抜いたときに異常はありましたか? <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(血が止まりづらい、腫れた、気分が悪くなった、その他)
現在のあなたの健康状態は	<input type="checkbox"/> 特に異常はない <input type="checkbox"/> 病院に通っている(病院名:)
今までに病気をしたことがありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある 心筋梗塞、狭心症、脳梗塞、不整脈、腎臓、胃、高血圧、糖尿病、甲状腺、血液疾患、リウマチ、ぜんそく、貧血、骨粗しょう症、肝炎(A/B/C) その他 ()
この一年間に病院にかかったことがありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (内科/神経内科/外科/整形外科/産婦人科/眼科/耳鼻科/皮膚科) その他 ()
女性の方へ ◇ 妊娠について ◇	<input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> 可能性がある <input type="checkbox"/> 授乳中 <input type="checkbox"/> している () ヶ月
現在飲んでいる薬はありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある 副腎皮質ホルモン/血圧の薬/抗生物質/痛み止め/胃腸薬/骨粗しょう症の薬/血の流れをよくする薬 その他 ()
アレルギーはありますか (薬、食べ物など)	薬 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (発疹が出る、胃が痛くなる、下痢をする、その他) 薬の名前 ()
	その他 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある 花粉症、金属、食べ物 () その他 ()
先生の希望があればご記入下さい。 <input type="checkbox"/> 院長希望 <input type="checkbox"/> 女性の先生 <input type="checkbox"/> 特に希望なし	
その他、気になることや診療についてのご希望	