

宇治山田歯科医院 診療申込書

令和 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"/> 他院からのご紹介 <input type="checkbox"/> 電話帳を見て <input type="checkbox"/> 看板/建物を見て <input type="checkbox"/> 近所(自宅/勤務先) <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 カ月くらい前に、 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)	
タバコを吸いますか	<input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> たまに吸う <input type="checkbox"/> 日常的に吸う <input type="checkbox"/> 紙タバコ <input type="checkbox"/> 電子タバコ 1日に()本吸う 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 ()
その他、気になることや診療についてのご希望		