

受 診 申 込 書

平成 年 月 日

フリガナ		男 ・ 女	明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平 年 月 日生												
氏 名															
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 <table border="0"> <tr> <td>1 歯が痛いから</td> <td>7 義歯がこわれた</td> </tr> <tr> <td>2 虫歯で(温・冷)にしみる</td> <td>8 金属冠・義歯を入れたい</td> </tr> <tr> <td>3 つめもの・冠等がはずれた</td> <td>9 歯並びが悪い</td> </tr> <tr> <td>4 痛くないが治療しておきたい</td> <td>10 顎の関節が痛む・音がする</td> </tr> <tr> <td>5 歯ぐきが悪く血がでやすい</td> <td>11 歯石除去・フッ化物塗布</td> </tr> <tr> <td>6 (歯ぐき・顔)がはれた</td> <td>12 その他()</td> </tr> </table>				1 歯が痛いから	7 義歯がこわれた	2 虫歯で(温・冷)にしみる	8 金属冠・義歯を入れたい	3 つめもの・冠等がはずれた	9 歯並びが悪い	4 痛くないが治療しておきたい	10 顎の関節が痛む・音がする	5 歯ぐきが悪く血がでやすい	11 歯石除去・フッ化物塗布	6 (歯ぐき・顔)がはれた	12 その他()
1 歯が痛いから	7 義歯がこわれた														
2 虫歯で(温・冷)にしみる	8 金属冠・義歯を入れたい														
3 つめもの・冠等がはずれた	9 歯並びが悪い														
4 痛くないが治療しておきたい	10 顎の関節が痛む・音がする														
5 歯ぐきが悪く血がでやすい	11 歯石除去・フッ化物塗布														
6 (歯ぐき・顔)がはれた	12 その他()														
どのような治療をお望みですか <table border="0"> <tr> <td>1 いま痛みのある所だけ治療して欲しい</td> <td>4 保険のきかない所は自費でもかまわない</td> </tr> <tr> <td>2 この機会に悪い所は全て治療して欲しい</td> <td>5 先生と相談して決めたい</td> </tr> <tr> <td>3 保険の範囲内で治療して欲しい</td> <td>6 その他()</td> </tr> </table>				1 いま痛みのある所だけ治療して欲しい	4 保険のきかない所は自費でもかまわない	2 この機会に悪い所は全て治療して欲しい	5 先生と相談して決めたい	3 保険の範囲内で治療して欲しい	6 その他()						
1 いま痛みのある所だけ治療して欲しい	4 保険のきかない所は自費でもかまわない														
2 この機会に悪い所は全て治療して欲しい	5 先生と相談して決めたい														
3 保険の範囲内で治療して欲しい	6 その他()														
アレルギーはありませんか <table border="0"> <tr> <td>1 ありません</td> <td>3 薬を飲んだり、注射で異常を起こしたことがある</td> </tr> <tr> <td>2 じんましんが出たことがある</td> <td>(薬剤名:)</td> </tr> <tr> <td>(何で)</td> <td>4 その他()</td> </tr> </table>				1 ありません	3 薬を飲んだり、注射で異常を起こしたことがある	2 じんましんが出たことがある	(薬剤名:)	(何で)	4 その他()						
1 ありません	3 薬を飲んだり、注射で異常を起こしたことがある														
2 じんましんが出たことがある	(薬剤名:)														
(何で)	4 その他()														
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 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 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															