きた歯科医院

受診申込書

読めない方、書けない方はお申し出ください。

初診　年　月　日					NO.
(ふりがな) おなまえ		男 女	血液型 O A B AB	生年月日　(　歳) 明 大　年　月　日 昭 平	ご紹介者
おところ	〒				自宅の電話
勤務先名					勤務先の電話

お願い

あなたのより良い治療のために下記の質問にお答え下さい。
あてはまる所に○印をつけて下さい。医療上の秘密は守ります。

どうなさいましたか	1. 歯が痛い(しみる・かむと痛い)　5. 入れ歯がこわれた 2. 痛くないがムシ歯がある　6. つめもの、かぶせたものがはがれた 3. 歯ぐきが　イ. 痛い　7. 歯のない所に入れてほしい ロ. はれている　8. 歯をきれいにしてほしい(歯石) ハ. 血、うみがでる　9. 歯ならびをなおしたい(矯正) 4. 歯がぐらぐら動く　10. 歯の健康診断をしてほしい
ほかの歯科医院で歯の治療は	1. 受けたことがない　今回がはじめて 2. これまでに受けたことがある　最近治療を受けたのは、＿＿ケ月位前　＿＿年位前
なおすところ	1. 悪い歯は全部治したい　2. 今回は希望するところ　3. 相談してきめたい
治療の方法	1. 保険の範囲内でよい 2. 良い方法があればよく相談した上できめたい
内科的病気は	1. ない　心臓(狭心症、心筋梗塞、その他)　貧血症　高血圧　低血圧 2. ある　肝臓(肝炎A・B・C、その他)　胃腸(特に潰瘍)　腎臓 3. 前にあった　脳(脳梗塞、脳卒中、その他)　糖尿　リウマチ HIV　MRSA　その他(　)
最近入院されたことはありますか	1ない 2.ある　入院　年　月　日～退院　年　月　日頃
かかりつけの病院お医者さんは	＿＿＿＿＿＿医院　住所 ＿＿＿＿＿＿先生　電話
現在続けて飲んでいるお薬は	1. ない　副腎皮質ホルモン　血圧の薬　抗生物質　ビタミン剤 2. ある　漢方薬　痛みどめ　胃腸薬　その他(　)
特別な体質	1. ない　・薬品(ペニシリン系、ピリン、その他　)で、・アレルギー性鼻炎 2. ある　食べもの(　)で、じんま疹ができた　・アトピー性皮フ炎 ・ぜんそく　・吐き気がきつい　・その他(　)
抜歯や治療した時に異常は	1. ない　(1)熱がでた　(4)麻酔注射で気分が悪くなった 2. ある　(2)血が止まりにくかった　(5)麻酔注射がききにくかった (3)貧血をおこした　(6)その他
今のあなたの体調は	1. 別になんともない　4. 夕べは良く寝ていない 2. 非常に疲れている　5. 妊娠中(　ヶ月)、妊娠しているかもしれない 3. 悪寒や熱があるようだ　6. 生理不順又は生理中　7.授乳中
その他、特に話しておきたいことは	通院し易い時間と曜日　非常にこわがりである インプラントをしている　嘔吐(はきけ)しやすい
当歯科をどこからお知りになりましたか　1.家族　2.知人　3.医療関係の方　4.電話帳　5.ｲﾝﾀｰﾈｯﾄ　6.看板　7.その他	