

当院記入欄です。

氏名		殿	
----	--	---	--

受 診 申 込 書

当院記入欄です。

Dr. _____	カルテ No. _____
D.H. _____	Date. _____ 年 _____ 月 _____ 日

氏名	男 女 明・大・昭・平	年	月	日生 (才)
住所	連絡先 (自宅又は携帯) Tel _____ (勤務先) Tel _____			
職業・役職名	勤務先名 _____			
紹介 (あり・なし) その方の名前	保険種類	社保、本人、家族 国保、本人、家族 公費 () 生保、老 () その他		

◎この調査は治療の参考にするもので他には絶対もらしません。

・今一番困っておられることは？ (主 訴)	1. むし歯 2. 歯槽膿漏 (歯周病) 3. 義歯の具合 4. つめたもの、冠の具合 5. 痛みがある 6. 腫れている 7. 歯の清掃 8. 口腔検査 9. その他 ()
・今までに病気に かかった年令は？	1. 心臓疾患 (才) 2. 胃潰瘍などの消化器疾患 (才) 3. 腎臓疾患 (才) 4. 喘息 (才) 5. 糖尿病 (才) 6. 耳鼻科疾患 (才) 7. 肝臓疾患 (才) 8. 骨粗しょう症 (才) 9. その他 () (才)
・現在のあなたの 健康状態について	1. 風邪をひきやすい (はい 、 いいえ) 2. しばしば腹をこわす (はい 、 いいえ) 3. 薄麻疹、ストロフルス、湿疹がでやすい (はい 、 いいえ) 4. 薬を常用している (はい 、 いいえ) その薬名 _____ 5. 怪我をした時血が止まりにくい (はい 、 いいえ) 6. 血圧が (高い、平常、低い) 脳貧血をおこしやすい (はい 、 いいえ) (最高 _____ 最低 _____) 7. 妊娠 _____ ケ月目
・麻酔注射 (又は抜歯) の経験は？	(ある 、 ない) その時の反応は (何でもなかった、気持が悪くなった、治療を中止する位具合が悪かった、あまり効き目がなかった)
・特に過敏な薬、食物 その他がありますか？	(ある 、 ない) その名前は _____
・かかりつけの医師が ありますか	(ある 、 ない) 先生の名前 (_____ 科) 住所 _____ Tel _____

- この前歯科にかかったのは、いつ頃ですか・・・ _____ 年 _____ 月頃
- 最近かかった医科は・・・ _____ 科 _____ 年 _____ 月頃
- その他ご希望をお知らせ下さい。(希望する治療時間 _____ 時頃 又は _____ 曜日)