

診療申込書

カルテ No. _____

記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

ふりがな _____

お名前 _____ 様 男・女 ご年齢 _____ 歳 生年月日 大・昭・平・令 _____ 年 _____ 月 _____ 日

〒 _____ - _____

ご職業

固定電話

ご住所

携帯電話

E-mail ※ お持ちであれば g-mail のアドレスをお願いします

@

会社名 _____

お勤め先

ご住所

電話番号

当院のホームページは 見たことがある 見たことがない

ホームページで気になったこと・詳しく聞きたいことをお聞かせください

当医院（朝日出歯科医院を含む）には 初めて 前に来たことがある(_____ か月前 ・ _____ 年位前)

- 知人・家族の紹介（ご紹介者名 _____ 様）
- 他の医療機関からの紹介（病院／診療所名 _____ ）
- 看板をみて ポスティングはがきを見て 雑誌を見て
- ホームページを見て Facebook を見て Instagram を見て
- その他（ _____ ）

通院方法 徒歩 自転車 JR 京成本線 都営日暮里舎人ライナー バス 車 その他(_____)

予診票

1. 下記の項目にあてはまる場合は全てにの枠内に印をつけてください。あてはまらない場合はその他の欄にご記入ください。

どうなさいましたか	<input type="checkbox"/> 虫歯がある <input type="checkbox"/> 歯肉に違和感がある <input type="checkbox"/> 歯・歯肉が痛い <input type="checkbox"/> 歯肉から血が出る <input type="checkbox"/> 歯肉が腫れている <input type="checkbox"/> 親知らずが痛い <input type="checkbox"/> つめもの・かぶせもの・さし歯がとれた <input type="checkbox"/> 入れ歯の具合が悪い(<input type="checkbox"/> 壊れた <input type="checkbox"/> 痛い <input type="checkbox"/> 新しく作りたい) <input type="checkbox"/> 歯の抜けたところを治したい <input type="checkbox"/> あごの関節が痛い <input type="checkbox"/> 歯並びを治したい <input type="checkbox"/> 見た目を綺麗にしたい <input type="checkbox"/> ホワイトニングがしたい <input type="checkbox"/> 銀歯をやり替えたい <input type="checkbox"/> 歯石をとってほしい <input type="checkbox"/> 着色をとってほしい <input type="checkbox"/> 悪いところがないか診てほしい <input type="checkbox"/> 予防処置を受けたい <input type="checkbox"/> セカンドオピニオン <input type="checkbox"/> その他(_____)
それはどこですか	<input type="checkbox"/> 右上奥歯 <input type="checkbox"/> 右下奥歯 <input type="checkbox"/> 上前歯 <input type="checkbox"/> 下前歯 <input type="checkbox"/> 左上奥歯 <input type="checkbox"/> 左下奥歯
それは いつごろからですか	_____ 日前から _____ か月前から

2. 治療に関してのご希望・歯科医師に伝えたいことなどがありましたらご記入ください。

2 枚目もご記入ください。➡

3. あなたの現在の身体の具合についてお答えください。

今までにかかったことのある病気は ※()内に具体的な病名をご記入ください	<input type="checkbox"/> 高血圧(最高 最低) <input type="checkbox"/> 心臓病() <input type="checkbox"/> 糖尿病() <input type="checkbox"/> 甲状腺の病気() <input type="checkbox"/> 肺の病気() <input type="checkbox"/> 消化器の病気() <input type="checkbox"/> 肝臓病(<input type="checkbox"/> A型 <input type="checkbox"/> B型 <input type="checkbox"/> C型 <input type="checkbox"/> その他()) <input type="checkbox"/> ぜん息() <input type="checkbox"/> 腎臓病() <input type="checkbox"/> 腫瘍() <input type="checkbox"/> 血液の病気() <input type="checkbox"/> 脳疾患() <input type="checkbox"/> その他()
いま医院や病院に通っていますか かかりつけ医の先生のお名前は	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 病名: _____ _____ 病院・医院 科 先生 住所: _____ 電話番号: _____
いま薬をのんでいますか	<input type="checkbox"/> のんでいる <input type="checkbox"/> のんでいない ※よくわからない場合は「お薬手帳」をご提示ください <input type="checkbox"/> 血液の薬 <input type="checkbox"/> ステロイドホルモン <input type="checkbox"/> 抗生物質 <input type="checkbox"/> 痛み止め <input type="checkbox"/> 精神安定剤 <input type="checkbox"/> 骨粗しょう症の薬 その他(お薬名: _____)

4. 歯の状態により麻酔をしたり、薬をのんでもらうことがあります。お身体の状態をなるべく詳しくお答えください。

アレルギーは	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(食べ物・薬・金属: _____) <input type="checkbox"/> 発疹がでる <input type="checkbox"/> かぶれやすい <input type="checkbox"/> 子供の頃アトピーがあった <input type="checkbox"/> 花粉症・鼻炎 <input type="checkbox"/> ぜん息がある(原因: _____) <input type="checkbox"/> その他(体質で気になることがあればご記入ください _____)
薬で副作用を起こしたことは	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある どのような薬で(例えば、ロキソニン、ケラリスなど: _____) どのような状態になりましたか: _____
以前に歯科治療を受けた時に異常は	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 気分が悪くなった <input type="checkbox"/> 血が止まりにくかった その他(_____) どういう時でしたか <input type="checkbox"/> 麻酔をした時 <input type="checkbox"/> 歯を削った時 <input type="checkbox"/> 歯の神経をとった時 <input type="checkbox"/> 歯を抜いた時 <input type="checkbox"/> インプラント治療を受けた時 <input type="checkbox"/> その他(_____)
入院したことは	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある→ <input type="checkbox"/> 手術をした <input type="checkbox"/> 輸血をした <input type="checkbox"/> 病気の名前(_____) <input type="checkbox"/> 入院期間: _____ 年 _____ 月 ~ _____ 年 _____ 月
妊娠は	<input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> している(出産予定日: _____ 年 _____ 月 _____ 日) <input type="checkbox"/> はっきりしない <input type="checkbox"/> 授乳中
医師からの歯科治療についての注意は	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある 具体的に: _____

ご記入いただき、ありがとうございました。
 院内資料としてのみ使用しますのでご安心ください。



C I R C L E
 D E N T A L C L I N I C

サークル歯科クリニック日暮里