

# 予診及び診療申込み票

来院日 年 月 日

カルテNo.

(フリガナ) 氏名	男・女	生年 月日	明大 昭平	年	月	日	才	既婚 未婚
住所 〒	アパートマンション名						血液型	A B Rh+ AB O Rh-
職業	勤務先	勤務先住所		☎ 自宅 携帯				

あなたの体質を知る事は、より良い診療をするために必要なもので、次の事項について出来るだけ詳しくご記入下さい。下記の事項は絶対に外部にもれることはありません。

どうなさいましたか	1. 虫歯の治療をしたい 2. 歯がしみる 3. つめものがとれた 4. 歯ぐきがはれている 5. 歯がぐらぐらする 6. 入れ歯をいれたい 7. 歯並びをなおしたい 8. 歯の漂白をしたい 9. 歯の清掃をしたい 10. その他 ( )						
痛みはありますか	1. ない 2. ある (いつごろから ) 場所はどこですか ○印をご記入して下さい。 <table style="margin-left: 20px;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">右上</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">上前</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">左上</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">右下</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">下前</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">左下</td> </tr> </table>	右上	上前	左上	右下	下前	左下
右上	上前	左上					
右下	下前	左下					
歯の治療や麻酔で具合が悪くなったことがありますか	1. ない 2. ある…気分がわるくなった, 血がとまらなくなった, 熱がでた ひどく腫れた, 貧血をおこした, その他 ( )						
アレルギーはありますか	1. ない 2. ある…食品, 薬, 金属, 花粉, その他 ( ) その症状は ( ) いつごろ…今も, ( )位前に						
内科的な病気はありますか	1. ない 2. ある…心臓, 腎臓, 高血圧, 低血圧, 糖尿病, 肝臓, 感染症, 自律神経失調症 かかりつけの病院名 ( )						
服用中の薬はありますか	1. ない 2. ある ( )						
今までに手術を受けたことがありますか	1. ない 2. ある (手術の部位 , 輸血は…有・無)						
現在の健康状態	1. 良好 女性の方に ①妊娠の可能性あり ②妊娠 カ月 ③授乳中 **治療中に妊娠されたら必ずお知らせください** 2. 不良…風邪, 発熱, その他						
当医院にお見えになったのは	1. 紹介されて (紹介者: 様) 2. 人から話を聞いて (お名前: ) 3. 家族が来院している ( " : ) 4. 看板など ( " : )						
診療についてのご希望は	1. 悪い所は全部なおしたい 2. 今回は応急処置だけ 1. 保険でなおしたい 2. なるべく保険で、きかない所は自費でなおしたい 3. 自費でなおしたい 4. 予め概算を聞いておきたい						

\*\*\*ありがとうございました しばらくお待ちください\*\*\*

治療内容や急患の方がいらっしゃった場合、お呼びする順番が前後いたします。

どうぞ御了承ください。尚、御心配なことがございましたらお気軽に御相談ください。