

受診申込書

フリガナ

氏名 男・女

生年月日 大・昭・平・令 年 月 日

〒 - 電話 - -

住所 緊急連絡先 - -

※お電話は普段お使いのお電話をお願いします。緊急連絡先は不慮の事態にご連絡する番号をお書き下さい。

勤務先 電話 - -

下記の質問は歯科治療をスムーズに行うための大切な資料となります。

以下の質問に正確にお答え下さい。(○で囲んでください。)

秘密は厳守いたします。

| | |
|-------------------------------------|--|
| どのようにして 久原歯科を知りましたか | 1. 看板広告を見て 2. 家族から(ご紹介者名:) 3. 知人から(ご紹介者名:) 4. ホームページ(PC・スマホ) 5. バスの車内アナウンスで聞いて 6. その他() |
| どうなさいましたか | 1. 痛みがある 2. 虫歯の治療をしたい 3. つめ物・かぶせ物が外れた 4. 義歯を入れたい 5. 歯石をとりたい 6. 検査をしてほしい 7. インプラント相談 8. 矯正相談 9. その他() |
| これまで麻酔注射や 歯を抜いたりした時 異常はありましたか | 1. 麻酔や歯を抜いたことがない 2. 異常がなかった 3. あった(症状:) |
| 特異体質やアレルギーは ありますか | 1. ない 2. ある (あると答えた方は下記からお選び下さい) ①薬 ②湿疹 ③アトピー ④アスピリンぜんそく ⑤血が止まりにくい ⑥食物アレルギー() ⑦薬物アレルギー() ⑧その他(例:花粉症)() |

ウラもご記入下さい

| | |
|--|--|
| <p>現在治療中の病気はありますか</p> | <p>1. なし 2. 高血圧 3. 心筋梗塞 4. 狭心症 5.不整脈 6.心不全 7.喘息 8.慢性気管支炎 9.糖尿病 10.甲状腺機能障害 11.副腎皮質機能不全 12.脳血管障害 13.てんかん 14.甲状腺機能亢進症 15.自律神経失調症 16.骨粗鬆症 17.慢性腎臓病(透析を受けている方のみ) 18.肝臓(・A型肝炎・B型肝炎・C型肝炎) 19.関節リウマチ 19.その他</p> |
| <p>現在通院中または定期的に 通われている病院はありますか</p> | <p>1. ない 2. ある (病名) (病院名) (科名 担当医) (電話 - -)</p> |
| <p>感染の恐れのある病気は ありますか</p> | <p>1. 結核 2. 性病 3. HIV 4. その他()</p> |
| <p>現在の血圧は</p> | <p>最高血圧/最低血圧(/) コントロール中 はい・いいえ</p> |
| <p>現在服用しているお薬は ※お薬手帳をお持ちでしたらご 提示下さい。</p> | <p>1. ない 2. ある (薬名)</p> |
| <p>喫煙はされますか</p> | <p>1. しない 2. する (1日 本)</p> |
| <p>女性の方へ</p> | <p>妊娠の可能性(あり なし) 妊娠(ヶ月)</p> |
| <p>治療に対する要望</p> | <p>1. 保険のきく範囲で治したい 2. なるべく保険で、一部自費でもかまわない 3. 相談して決めたい</p> |
| <p>治療時間などについて</p> | <p>1. 希望する治療時間帯は? A. 午前中 B. 午後 C. 希望時間帯() 2. 希望する治療曜日は? 月 火 水 木 金 土</p> |
| <p>その他、治療についての 御希望はありますか</p> | <p>()</p> |

治療計画等について、くわしく御相談下さい。

御協力ありがとうございました。