

芦田歯科医院 受診申込書

平成 年 月 日

フリガナ		男 ・ 女	明・大・昭・平
氏 名			年 月 日生
現住所	(〒 -)		
TEL	(自宅)	(携帯)	
勤務先	(TEL)		
当院ははじめてですか		はい ・ いいえ	紹介者
様			
あなたがこられたのは			
1 歯が痛いから	7 義歯がこわれた		
2 虫歯で (温・冷) にしみる	8 金属冠・義歯を入れたい		
3 つめもの・冠等がはずれた	9 歯並びが悪い		
4 痛くないが治療しておきたい	10 顎の関節が痛む・音がする		
5 歯ぐきが悪く血がでやすい	11 歯石除去・フッ化物塗布		
6 (歯ぐき・顔) がはれた	12 その他 ()		
どのような治療をお望みですか			
1 いま痛みのある所だけ治療して欲しい	4 保険のきかない所は自費でもかまわない		
2 この機会に悪い所は全て治療して欲しい	5 先生と相談して決めたい		
3 保険の範囲内で治療して欲しい	6 その他 ()		
アレルギーはありませんか			
1 ありません	3 薬を飲んだり、注射で異常を起こしたことがある		
2 じんましんが出たことがある	(薬剤名:)		
(何で)	4 その他 ()		
その他身体の具合はいかがですか			
1 特に異常はない			
2 過去に重い病気にかかったことがありますか	ある場合、その病名は ()		
又、入院されたことがありますか	ある場合、() ヶ月前、() 年前		
3 現在病気にかかっているでしょうか			
① 心臓病 (不整脈、心不全、狭心症、心筋梗塞、弁膜症、その他:)			
② 腎臓病 ③ 糖尿病 ④ 胃腸病 ⑤ 喘息 (気管支喘息、心臓性喘息、アスピリン喘息)			
⑥ 肝臓病 (A型肝炎、B型肝炎、C型肝炎、慢性肝炎、肝硬変、その他:)			
⑦甲状腺の病気 ⑧ てんかん ⑨ 骨粗鬆症 ⑩ リウマチ ⑪ その他 () 病			
4 現在何か薬をのんでいますか	はい ・ いいえ		
(薬品名:)			
5 血圧は (正常 ・ 高い ・ 低い)			
6 血が止まりにくかったことがありますか	はい ・ いいえ		
7 階段をのぼると、動悸 (どうき) 息切れがひどくなりますか	はい ・ いいえ		
8 急にのぼせたり、耳鳴りすることがありますか	はい ・ いいえ		
9 たちくらみをおこしやすいですか	はい ・ いいえ		
10 現在妊娠 () ヶ月、または授乳中ですか	はい ・ いいえ		
11 歯科で麻酔を受けたことがありますか	はい ・ いいえ		
その時、何か異常がありましたか	はい ・ いいえ		
12 その他、先生に特に伝えたい事がありましたらご記入ください	[]		
予約時間は () 曜日 (午前 ・ 午後)	時頃がよい		