

つのだ歯科・矯正歯科医院

診療申込書

来院日 平成 年 月 日

現住所	〒	電話・携帯電話 ※日中に連絡のつく番号を優先してお書き下さい。
ふりがな 氏名		生年月日 大・昭・平 年 月 日生
E-mailアドレス ※できれば便利なメールサービスに登録を… (予約やキャンセル、その他お問い合わせができるサービスです。)	@	ne.jp
		_____ 保育所・児童館・幼稚園 _____ 年少 年中 長
		_____ 小・中・高その他 学校 _____ 年生

※以下の質問は治療を行うために必要な資料となります。正確にお答え下さい。秘密は厳守いたします。

■今日はどうなさいましたか？

・痛い ・腫れている ・虫歯の治療をしたい
・歯を抜いてほしい ・とれた ()
・歯石を取りたい ・こわれた ()
・歯並びを治したい ・定期検診をしてほしい
・入れ歯をいれたい ・歯のクリーニングをしてほしい
・その他 ()

■どこがお痛みですか？

・痛みはない ・歯 ・歯ぐき ・その他 ()

■いつからですか？

日位前から

■現在の健康状態はいかがですか？

・良好 ・普通 ・不良

■(女性の方) 現在妊娠中、もしくは可能性は？

・ない ・ある ・妊娠 週

■現在、治療している疾患はありますか？

・ない ・ある 心臓・肝臓・血圧・糖尿病
その他 ()

■常用している薬がありますか？

・ない ・ある
それは何の薬ですか？お薬手帳などあるかたは提示ください ()

■今までに大きな病気は？

・ない ・ある 何の病気？(詳しく…)

■今までに長期の入院は？

・ない ・ある 何の病気で？(詳しく…)

■歯の治療に麻酔薬を使用したことがありますか？

・ない ・ある

■歯科で歯を抜いたことがありますか？

・ない ・ある

■抜歯の時に異常はありませんでしたか？

・ない ・ある どんな？ ()

■薬や食べ物にアレルギーはありませんか？

・ない ・ある 何ですか？ ()

■輸血・もしくは手術の経験はありますか？

・ない ・ある

■この機会に…

・悪いところは全部治したい ・痛いところだけでよい

■当医院にいらしたのは？

・以前に来ていた (年前くらい前)
・家族が来ている (氏名)
・知人に聞いて (御紹介者名)
・電話帳をみて ・看板をみて ・H.P をみて