

診療申込書

この申込書は、患者様自身にとって重要な治療上の書類ですので、正確にお答えください。尚、個人情報には責任をもって管理いたしますのでご安心ください

氏名 _____ 性別（男・女） _____

生年月日 明・大・昭・平 _____ 年 _____ 月 _____ 日生（ ）歳

〒 _____

住所 _____

勤務先 _____

職業 _____ E-mail _____

現在最も気になる点

虫歯 痛み 腫れ 出血 噛みにくい 口臭 歯の色
歯並び その他（ _____ ）

いつから _____ 部位 _____

レベル10がとても痛い状態だとすると現在は0～10のうちどのくらいでしょうか
丸を付けて下さい

痛みの程度0 → → → → 5 → → → → 10

当院を何でお知りになりましたか（複数回答可）

知人の紹介（ご紹介者名 _____ ） ホームページを見て
広告を見て 看板を見て 住居に近い 職場に近い その他
（ _____ ）

治療のご希望について

保険の範囲内で治療を希望する
なるべく保険の範囲内で、保険のきかない部分に関しては説明を希望する
保険にこだわらず最上の材料、技術を希望する

この機会に

悪いところはすべて治療希望
今回は応急処置のみ希望

診療予約時間についての希望

ご都合の良い曜日 _____ 時間帯 _____ 時 _____

あなたの全身の健康状態について教えてください

1)健康状態はいかがですか？ 良好 普通 悪い（症状）

2)現在、病気で医師の診察を受けていますか？
いいえ はい（病名）

3)現在お薬を飲んでいますか？(ビタミン剤も含む)
いいえ はい（薬剤）

※お薬手帳をお持ちでしたら受付にお出してください

4)薬、金属、ゴム、食べ物にアレルギーはありますか？
いいえ はい（

5)いままでに大きな病気で手術を受けたことがありますか？
いいえ はい（病名）

6)歯科の麻酔で異常があったことはありますか？
いいえ はい（どのような

7)抜歯をして異常があったことがありますか？
いいえ はい（どのような

8)怪我をして血が止まりにくいことはありますか？
（いつ）

9)現在妊娠をしている、または可能性はありますか？ いいえ はい（ヶ月）

10)以下の病気に過去かかったことがありますか？

心疾患 脳疾患 肝疾患 腎疾患 呼吸器疾患 悪性腫瘍 感染症（

自律神経失調症 甲状腺疾患 胃腸疾患 糖尿病 高血圧 骨粗鬆症

膠原病 リウマチ 肝炎（型） HIV

その他（

かかりつけ医（ 病院 担当 TEL

11) 歯科の治療に対し強い恐怖を感じますか

いいえ はい（どのような