

# 診療申込書

当歯科医院は、あなたの健康状態を知り、治療上の参考にさせて頂きたいと考えております。つきましては次の事項に該当するものに○印をつけ、できるだけ詳しくお答えください。尚、この資料の秘密は厳守させていただきます。

**1. 来院の理由をお聞かせください。**

- |              |                  |                          |
|--------------|------------------|--------------------------|
| 1. 歯が痛い      | 8. 口の中に何かできた     | 15. 歯の汚れを落としたい           |
| 2. 歯がしみる     | 9. 親知らずが気になる     | 16. オフィスホワイトニングをしたい(保険外) |
| 3. 歯をぶつけた    | 10. 歯並びが気になる     | 17. ホームホワイトニングをしたい(保険外)  |
| 4. 詰め物が取れた   | 11. 矯正をしたい       | 18. デュアルホワイトニングをしたい(保険外) |
| 5. 差し歯が取れた   | 12. 義歯(入れ歯)が壊れた  | 19. 口臭が気になる              |
| 6. 歯ぐきが腫れた   | 13. 義歯(入れ歯)を作りたい | 20. 検診                   |
| 7. 歯ぐきから血が出る | 14. あごが痛い        | 21. インプラントを入りたい(保険外)     |
22. その他( \_\_\_\_\_ )

**2. 現在、かかりつけの病院がありましたらお書きください。**

(病院: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ 科) (電話 \_\_\_\_\_) (担当医 \_\_\_\_\_)  
 (他歯科医院: \_\_\_\_\_) (電話 \_\_\_\_\_) (担当医 \_\_\_\_\_)

**3. 以前に歯科の診療を受けたことはありますか？**

1. 当歯科医院で      2. 他歯科医院で      3. ない  
 \* 上記1、2を選んだ方のみ、どのくらい前かお答えください。  
 1. ( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ ヶ月前)  
 2. ( 完治した      ・      途中でやめた )

**4. 下記の病気にかかった、又は現在かかっているものはありますか？**

- |         |           |             |
|---------|-----------|-------------|
| 1. なし   | 6. 脳卒中    | 10. 糖尿病     |
| 2. 心臓病  | 7. 腎臓病    | 11. 甲状腺の病気  |
| 3. 高血圧  | 8. 胃・腸の病気 | 12. 肝臓病     |
| 4. リウマチ | 9. てんかん   | 13. その他、入院等 |
| 5. ぜんそく |           |             |
- \* 上記で○印のあった方、それはいつ頃ですか？また、完治しましたか？  
 ( \_\_\_\_\_ )

**5. 現在薬を飲んでいますか？**

1. はい      2. いいえ  
 ・お薬手帳・処方箋をお持ちの方はお出してください。  
 ・お持ちでない方は薬名をお書きください。( \_\_\_\_\_ )

**6. 医師、歯科医師から薬の使用又は病気について、注意するように言われた事がありましたら、詳しくお書きください。**

うら面もご記入ください

7. 該当するものに○印をつけてください。

- 1. なし
- 2. 牛乳アレルギーがある
- 3. 薬を飲んだりつけたりした時、かぶれや発疹(薬物アレルギー)が出たことがある  
(何の薬ですか? \_\_\_\_\_)
- 4. ヨード・アルコール・ラテックスアレルギーがある
- 5. 時々、脈拍がくるう事がある
- 6. 立ちくらみを起こしやすい
- 7. 出血が止まりにくい
- 8. 人工透析を受けている(いつ \_\_\_\_\_)
- 9. 輸血をしたことがある(いつ \_\_\_\_\_)
- 10. 青あざ(皮下出血)を作りやすい
- 11. 現在、妊娠中である(\_\_\_\_\_週目)
- 12. 現在、授乳中である(\_\_\_\_\_ヶ月目)
- 13. たばこを吸う(1日 \_\_\_\_\_本位)

8. 麻酔を使って手術や抜歯(乳歯を含む)をした事がありますか？

- 1. はい
  - 2. いいえ
- \*その時、気分が悪くなったり異常反応はありましたか？
- 1. はい(どのような症状ですか? \_\_\_\_\_)
  - 2. いいえ

9. 歯の磨き方を習ったことはありますか？

- 1. はい(いつ頃ですか? \_\_\_\_\_)
  - 2. いいえ
- \*上手に歯磨きする事で歯周病を予防できる事をご存知ですか？

- 1. はい
  - 2. いいえ
- \*虫歯、歯周病について、またご自分のお口の状態で考えていることをお聞かせください。

どのような治療をお望みですか？

- 1. この機会に悪いところはすべて治したい
- 2. 今、気になるところだけ治したい
- 3. その他ご要望があればお書きください ( \_\_\_\_\_ )

治療費については？

- 1. より良い物であれば、保険の範囲外でも構わないので相談したい
- 2. 保険の範囲内で治したい

通いやすい曜日、時間帯はありますか？ (月・火・水・木・金・土・日 午前・午後・18時以降)

当歯科医院をどのようにして、ご存知になりましたか？参考までにお聞かせください。

- 1. 友人、知人から( \_\_\_\_\_様)
- 2. 家族から( \_\_\_\_\_様)
- 3. インターネット、ホームページから
- 4. 看板、建物から
- 5. 他歯科医院から( \_\_\_\_\_)
- 6. その他( \_\_\_\_\_)

|      |         |     |
|------|---------|-----|
| 住所   | 〒 _____ |     |
| フリガナ | _____   | 血液型 |
| 氏名   | _____   |     |
| 電話   | _____   |     |
| 携帯電話 | _____   |     |
| 職業   | _____   |     |

診療、その他に対するご希望は、医師、スタッフへお気軽にご相談ください。

新城オレンジ歯科 ホームページアドレス : <http://shinjyo.orange-dental.net/>