

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頂きます。

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. インプラントを入れたい(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.についてのみ、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 | | |
| 2. 心臓病 | 6. 脳卒中 | 10. 糖尿病 |
| 3. 高血圧 | 7. 腎臓病 | 11. 甲状腺の病気 |
| 4. リウマチ | 8. 胃・腸の病気 | 12. 肝臓病 |
| 5. ぜんそく | 9. てんかん | 13. その他、入院等 |

* 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(何の薬ですか？ _____) 2. いいえ

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。

当院は、マイナ保険証の利用を通じて患者様の診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

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. 時々、脈拍がくるう事がある
3. 立ちくらみを起こしやすい
4. 出血が止まりにくい
5. 人工透析を受けている(いつ_____)
6. 輸血をしたことがある(いつ_____)
7. 青あざ(皮下出血)を作りやすい
8. 現在、妊娠中である(_____週目)
9. 現在、授乳中である(_____ヶ月目)
10. 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?_____)
11. 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。

マイナ保険証による診療情報(受診歴、健診歴、服薬情報等)の取得に同意されましたか？

1. はい
2. いいえ

他の医療機関からの紹介状はお持ちですか？

1. はい
2. いいえ

この1年間で特定健診および高齢者健診を受診されましたか？

1. いいえ
2. はい(受診日:_____年_____月 指摘事項:_____)

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

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。

医療法人社団オレンジグループ

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