

診療申込書

EXAMINATION RECORD



ふりがな 氏名		生年月日 明大昭平	年 月 日生	満 才	性別	男・女
住所					電話	()
職業		勤務先			電話	()

◆当医院をどうして知りましたか？

1. 紹介されて (紹介者名 _____ 様)
2. 広告を見て
3. 再来院 (_____ 年 _____ 月頃)

◆現在他の医師 (内科等)、歯科医師にかかっていますか？

いない いる (_____ 科 病名 _____)

◆現在の体調はいかがですか？

良い 悪い (1. どこが悪いのですか _____)
2. 薬を飲んでいればその薬名又は種類 _____)

◆現在の血圧はいかがですか？

高い 普通 低い

◆歯の治療で麻酔注射をしたことがありますか？

ない ある (1. 異常はなかった 2. 気分が悪くなった)
3. その他 _____)

◆歯を抜いたことがありますか？

ない ある (1. 異常はなかった 2. 気分が悪くなった)
3. 血が止まりにくかった 4. その他 _____)

◆今までのかかった病気又、現在かかっている病気は？

(1. 心臓の病気 2. 高血圧 3. 糖尿病 4. 肝臓の病気)
(5. 腎臓の病気 6. 胃腸の病気 7. 血液の病気 8. その他 _____)

●いつごろですか _____

◆薬や食物で副作用やアレルギーを起こしたことがありますか？

ない ある (その薬・食物の名前又は種類 _____)

◆以上のこと以外、あなたの身体について重要なことがありますか？

ない ある (_____)

◆女性の方に / 現在妊娠中ですか？

いいえ はい (_____ ヶ月)

◆今回の治療では？

1. とりあえず今痛いところだけ治したい
2. 悪いところは全部治したい

◆診療についての御希望は？

1. 保険の範囲内で治したい
2. 保険外で治した方がよい時はそれをすすめてほしい