

# 診療申込書

西畑歯科医院

<記入日> 年 月 日

お名前	ふりがな	性別	生年月日	M・T・S・H
		男・女		年 月 日 (才)
ご住所	〒 ( - )	お電話	( ) -	
		携帯番号	( ) -	
ご家族の中に、要介護（支援）認定を受けている、または、外出が困難な方はいらっしゃいますか？		いない ・ いる (どなたですか？ )		

当院をお知りになった理由は	<input type="checkbox"/> 以前から通っていた <input type="checkbox"/> 建物を見て <input type="checkbox"/> ホームページを見て <input type="checkbox"/> 家族から聞いて <input type="checkbox"/> 電話帳を見て <input type="checkbox"/> 知人から聞いて→よろしければその方のお名前 ( 様 ) <input type="checkbox"/> その他 ( )
気になる症状と希望される治療をすべてチェックして下さい	<input type="checkbox"/> 歯が痛い (ズキズキ痛い・かむと痛い・痛んだりやんだり・しみる (冷・温)) <input type="checkbox"/> 歯ぐきが痛い <input type="checkbox"/> 歯ならびを治したい <input type="checkbox"/> 歯石をとってほしい <input type="checkbox"/> 虫歯の治療をしてほしい <input type="checkbox"/> 歯周病を治したい <input type="checkbox"/> 義歯をいれたい <input type="checkbox"/> 検査・定期検診してほしい <input type="checkbox"/> その他 ( )
歯を抜いたことがありますか	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない ※「ある」と答えた方は、その時異常はありませんでしたか？ <input type="checkbox"/> ある (血が止まらなかった・発熱・貧血・痛みが続いた・気分が悪くなった) <input type="checkbox"/> ない
歯科で麻酔をしたことがありますか	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない ※「ある」と答えた方は、その時異常はありませんでしたか？ <input type="checkbox"/> ある (気分が悪くなった・動悸がした・貧血をおこした) <input type="checkbox"/> ない
現在、内科的病気はありますか	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない ※「ある」と答えた方は、どのような病気でしょうか？ <input type="checkbox"/> 心臓 [不整脈・狭心症・ペースメーカー・その他詳しい病名 ( )] <input type="checkbox"/> 肝臓 [A型肝炎・B型肝炎・C型肝炎・その他詳しい病名 ( )] <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> 胃 <input type="checkbox"/> 血液 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 低血圧 <input type="checkbox"/> 腎臓 <input type="checkbox"/> 糖尿 <input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> その他
過去に重い病気にかかったことはありますか	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない ※「ある」と答えた方の病名はなんですか？ (病名 )
過去に入院されたことはありますか	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない ※「ある」と答えた方の入院時期はいつでしょうか？ 入院時期は ( )ヶ月前、もしくは、( )年前
特異体質・アレルギーはありますか	<input type="checkbox"/> ある ( ) <input type="checkbox"/> ない
現在の服用薬はありますか	<input type="checkbox"/> ある (薬品名： ) <input type="checkbox"/> ない
今までに手術、または輸血をしたことがありますか	<input type="checkbox"/> ある ( )の手術・輸血) <input type="checkbox"/> ない
その他特別なことはありませんか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 他の科で薬を飲んでいる ( ) <input type="checkbox"/> 妊娠 力月 <input type="checkbox"/> その他 ( )
診療についてのご希望 (複数チェックしても構いません)	<input type="checkbox"/> 痛いところ、困っているところだけでなく、お口の中の全体を治してほしい <input type="checkbox"/> 痛いところ、困っているところだけを治してほしい <input type="checkbox"/> 自分の歯の現状について知りたい <input type="checkbox"/> 自分で選ぶことのできるいくつかの治療方法を提案してほしい <input type="checkbox"/> “こわがり”なので、配慮してほしい <input type="checkbox"/> 保険外で治した方がよいときは説明してほしい

ありがとうございました。これらの事項は秘密厳守いたします