

診療申込書

令和 年 月 日

ふりがな		男	生	大・昭・平・令	年	月	日
お名前		女	年月日		年齢		歳
ご住所	〒 ー						
携帯電話	()	ご職業	勤務先				
ご自宅電話	()	(学校名) TEL				

ご質問 (下記の質問に出来るだけ正確にお答えください。)

1. 本日はどうなさいましたか？ (複数回答可)

- 歯が痛い 虫歯がある 歯がしみる (冷たいもの・温かいもの) 歯肉が腫れた
 歯肉から血が出る 歯がぐらぐらする □内炎ができた (上唇・下唇・頬・舌・その他)
 入れ歯が割れた 入れ歯が合わない 詰め物がとれた かみ合わせが気になる
 歯ぎしりが気になる あごが痛い 歯の色が気になる 歯並びが気になる
 親知らずが気になる (抜きたい) □臭が気になる 定期健診 歯石を取りたい
 違和感がある その他 ()

2. 場所はどこですか？

- 右上 右下 上前 下前 左上 左下

3. その症状はいつからですか？ 本日 / 約 日 / 週間 / ケ月 / 年 前から

4. 今回の治療の希望を教えてください

- 悪いところは全部治したい 痛いところだけ治したい 相談した上で決めたい
 応急処置のみ

5. 治療の方法についてご希望はありますか？

- 保険の範囲で治したい なるべく保険で保険のきかない所は自費でもかまわない
 保険の範囲外で最も良い材料と方法で治したい できるだけ金属を使わず治したい
 相談したい

6. 担当するドクターについて

- 治療期間はかかってもよいので、できるだけ同じ歯科医師、歯科衛生士に診て欲しい
 歯科医師、歯科衛生士は代わってもよいので、できるだけ早く治療を終えたい

7. 今までに麻酔の注射をした時や、歯を抜いた時に異常がありましたか？

- ない
 ある ・気分が悪くなった ・血が止まりにくかった
・麻酔がきかなかった ・その他 ()

8. 今までに食べ物や薬でアレルギー症状が出た事がありますか？ (複数回答可)

- ない
 ある 食べ物 () 薬 () 金属 ()
花粉症 () その他 ()

※裏面にもご記入下さい。

9. 現在通院している病気や過去にかかったことのある病気がありますか？（複数回答可）

ない ある

脳血管疾患 心臓病 ペースメーカー 高血圧 甲状腺疾患 糖尿病
 喘息 呼吸器疾患 高コレステロール血症 感染症（B型肝炎、C型肝炎、HIV）
 骨粗しょう症 腎臓病 人工透析 てんかん その他（ ）

上記疾患のかかりつけの病院または医院および主治医の先生のお名前を教えてください

（ ） 病院・医院 先生

10. お薬についてお聞きします

・現在、他科で処方されているお薬を飲まれていますか？

ない ある

・お薬手帳をお持ちですか？ ない ある

お持ちでない方（お薬の名前 目的 ）

・1年前から現在まで、他の病院で点滴や注射の治療を受けられたことはありますか？

（抗がん剤、骨粗しょう症の治療をされている方は必ずご記入ください。）

ない ある（お薬の名前 ）

・お体の事で、歯科治療をする際に特に注意するように医師から言われていることがあれば
ご記入ください

（ ）

11. 今までに入院したことはありますか？

ない

ある（病名： ）入院期間（ 年 月 日 ～ 年 月 日）

12. 女性の方にお聞きします

妊娠していない 妊娠しているまたは可能性がある（ ヶ月）

授乳中（産後 ヶ月）

13. ご都合の悪い日

特にない

[月・火・水・金・土]曜日の[午前 時、午後 時]頃

14. 今まで歯科受診時に経験したことで当てはまることはありますか？

ない とても怖い思いをした 待ち時間が長かった 治療中気分が悪くなった

つめものがすぐ取れた 治療回数が多かった 治療費が高かった

スタッフの態度が悪かった その他（ ）

15. 定期健診のお知らせの連絡はどちらが良いですか？

はがきで郵送 SNSで送信（必ず登録が必要です。）

16. 当医院にご来院されたきっかけは？

自宅・職場から近い ホームページを見て 看板を見て 以前かかったことがある

知人の紹介（紹介者名： ）

17. 最後に治療をする上でご希望されることはありますか？

（ ）

ご協力有り難うございました



ながさき歯科医院