診療申込書

印　刷

本日の日付を挿入

カルテNo.

年　月　日

ふりがな

お名前　様 ○男 ○女　年齢　歳　生年月日 ○大・○昭・○平・○令　年　月　日

ご住所 □□□-□□□□

職業

固定電話

携帯電話

E-mail ※スマートフォン・携帯・PC いずれか

@

お勤め先又は連絡先　会社名

ご住所

電話

当院のホームページは　○見たことがある　○見たことがない

（・ぜひホームページについてのご感想をお聞かせください。）

こちらの医院には　○はじめて　○前に来たことがある（＿＿＿カ月位前 ・ ＿＿＿年位前）

□ 知人・家族の紹介（ご紹介者名　様）
□ 他の医療機関からの紹介（病院／診療所名　）
□ 地下鉄広告を見て　□ 看板を見て　□ ポスティングハガキを見て
□ ネット検索を見て（　）　□ SNSを見て（○YouTube ○LINE ○Instagram ○その他）　□ まんまる新聞を見て
□ 雑誌を見て（　）　□ その他（　）

ご予約方法を教えてください　□ 電話予約　□ web予約　□ その他（　）

通院方法　□ 徒歩　□ 自転車　□ 地下鉄　□ バス　□ 車　□ その他（　）

予診票

1 下記のことがらにあてはまる場合は□○の枠内に✓印をつけてお答え下さい。あてはまらない場合はその他の欄に具体的にご記入ください。

どうなさいましたか	□ むし歯がある　□ 歯肉がおかしい　□ 親知らずが痛い □ 痛みはない　□ 歯ぐきから血がでる　□ 痛みがある　□ 歯ぐきがはれて痛い □ つめたもの、かぶせたもの、さし歯がとれた　□ 入れ歯の具合が悪い（こわれた□、痛い□、作りたい□） □ 歯のぬけたところをなおしたい　□ あごの関節が痛い　□ 歯ならびをなおしたい □ 歯石・着色をとってほしい　□ 悪いところがないか診てほしい □ その他（　）
それはどこですか	□ 右上奥歯　□ 右下奥歯　□ 上前歯　□ 下前歯　□ 左上奥歯　□ 左下奥歯
それはいつごろからですか	＿＿＿日前から・＿＿＿ヵ月前から　その他（　）

2 歯の治療についてのご希望や、歯科医に伝えたいことなどがありましたらお書きください。

裏面もご記入ください。

3 あなたの現在の身体の具合についてお答えください。

今までにかかったことのある病気は ※（　）の中に具体的な病名をご記入ください。	☐ 高血圧（最高　　最低　　） ☐ 心臓病（　　） ☐ 糖尿病（　　） ☐ 甲状腺の病気（　　） ☐ 肺の病気（　　） ☐ 消化器の病気（　　） ☐ 肝臓病〔●肝炎（☐A 型 ☐B 型 ☐C 型 ☐その他） ●その他（　　）〕 ☐ 腎臓病（　　） ☐ 腫瘍（　　） ☐ 血液の病気（　　） ☐ ぜん息 ☐ 脳疾患（　　） ☐ その他（　　）
いま医院や病院に通っていますか？ かかりつけの先生は	● はい ● いいえ　病名： 病院名：　　病院・医院　　科　　先生
いま薬をのんでいますか	● いない ● いる　**※初診時と、お薬が追加や変更になった際は「おくすり手帳」をご提示ください。** ☐ 血圧降下剤 ☐ 血圧上昇剤 ☐ ステロイドホルモン ☐ 抗生物質 ☐ 骨粗鬆症のお薬 ☐ 精神安定剤 ☐ 血液をサラサラにする薬 ☐ その他（お薬名：　　）

4 歯の状態により麻酔をしたり、薬を飲んでもらうことがあります。また、身体の具合や病気の状態により治療方法を選んだり、薬をひかえることもあります。なるべく詳しくお答えください。

アレルギー体質は	● ない ● ある（食べ物・薬・金属：　　） ☐ 発疹ができる ☐ かぶれやすい（化粧品など） ☐ 子供の頃アトピーがあった ☐花粉症、鼻炎 ☐ ぜん息がある ☐ その他（体質で気になることがあれば記入ください。　　）
薬で副作用を起こしたことは	● ない ● ある ☐ どのような薬で（例えば、痛みどめ・抗生物質　　） ☐ どのような状態に（　　）
以前に歯科で治療を受けたときに異常は	☐ ない ☐ 気分が悪くなった ☐ 血がとまりにくかった ☐ その他（　　） どういうときでしたか ☐ 麻酔をしたとき ☐ 歯を削ったとき ☐ 歯の神経をとったとき ☐ 歯をぬいたとき ☐ はれた歯肉を切開したとき ☐ その他（　　）
入院したことは	● ない ● ある　☐手術をした ☐ 輸血をした ☐ 病気の名前（　　） ☐ 入院期間　　年　　月～　　年　　月
妊娠は	● していない ● している（出産予定　　年　　月　　日） ● はっきりしない ● 授乳中
医師からの歯科治療についての注意は	● ない ● ある＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

5 子どものお口や歯の健康について気になることはありますか？（ありの場合は複数回答可）

気になることは	● 特にない ● むし歯予防 ● 歯並び ● 食べ物や飲み物の選択 ● 歯周病 ● むし歯 ● その他（　　）

当院は診療情報を取得・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。
診療の質向上のため、会話を録音・書き起こしさせていただく場合がございます。

ご記入いただき、ありがとうございました。
記載内容は治療の参考として使用します。

医療法人社団 一心会
MEDICAL CORPORATION ISSHINKAI