

## 診療申し込み書

おなまえ お名前	血液型	型生年月日	年	月	日(才)
住所〒	TEL				
職業	勤務先名	TEL			
かかりつけの医院/病院(科名、医師名も)	TEL				
連絡先 TEL	携帯 TEL				

## 問診表

- ◎ 本日の来院目的は？(○印をしてください)  
痛い、腫れた、とれた、入れ歯、しみる、歯の掃除をしてほしい、インプラント治療をしてほしい  
(具体的に) \_\_\_\_\_
- ◎ どこがどのようにお痛みですか？お痛みの方は○印をしてください。  
(上顎・下顎・右側・左側)の(前歯・奥歯)の(歯・歯茎・頬)が  
(ズキズキ・時々・ズーッと・歯を合わせると)痛い。
- ◎ 当医院を選ばれた理由は？(紹介の方は紹介者名) \_\_\_\_\_
- ◎ 当医院のホームページをご覧になったことがありますか？ はい いいえ
- ◎ 注射や薬で気分が悪くなったことがありますか？ はい いいえ
- ◎ 薬や食べ物、金属などにアレルギーがありますか？ はい(アレルギーの種類) \_\_\_\_\_) いいえ
- ◎ 現在、治療中の病気がありますか？ \_\_\_\_\_ はい いいえ
- ◎ 病院や家庭での注射剤はありますか？ \_\_\_\_\_ はい いいえ
- ◎ 人工臓器(ペースメーカー、人工関節、人工弁等)を使用していますか？ はい いいえ
- ◎ 入院・手術等の治療を受けたことがありますか？ はい いいえ
- ◎ 煙草は吸いますか？(1日の本数も書いてください) \_\_\_\_\_ はい いいえ
- ◎ 過去に煙草を吸っていましたか？(1日の本数も書いてください) \_\_\_\_\_ はい いいえ
- ◎ ハギシリやくいしばりがありますか？ はい いいえ
- ◎ 歯ブラシはいつされますか？ 起床直後・朝食後・昼食後・晩食後・寝る前
- ◎ 歯ブラシ以外に使用している器具はありますか？ はい(具体的に) \_\_\_\_\_) いいえ
- ◎ (女性の方)妊娠していますか？ はい( 週) \_\_\_\_\_) いいえ わからない
- ◎ 今までにかかったことのある病気、現在治療中の病気はありますか？(○印をしてください)  
高血圧( / mmHg) 糖尿病(HbA1C ) 骨粗鬆症 不整脈 狭心症 脳梗塞 心筋梗塞  
鼻炎 肝臓病 肝炎(A型、B型、C型、その他) 腎臓病(透析の有・無) リュウマチ 血友病  
HIV 腫瘍(種類 ) その他 \_\_\_\_\_
- ◎ どのような診療をお望みですか？(チェックをつけて下さい)  
 悪いところは全部治したい  今痛んでいるところだけ治したい  医師と相談して決めたい  
 健康保険の範囲内で治したい  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  
 最も良い材料と方法で治してほしい
- ◎ 来院に都合の良い曜日・時間等がありますか？ \_\_\_\_\_
- ◎ その他、ご希望・ご要望がありましたら、ご記入ください。

ご協力ありがとうございました。

西本歯科医院