

診療申込書 Saitoh Dental Office 202\_\_年 \_\_月 \_\_日

診療をするにあたり、治療の参考にするため、次の事項にお答えください。

ふりがな \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日

住所 〒 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_

職業 \_\_\_\_\_ 会社名・学校名 \_\_\_\_\_

【1】来院の理由は？（記号を○で囲んでください）（複数可）

- |          |             |             |
|----------|-------------|-------------|
| a. 歯が痛い  | e. 歯肉が腫れた   | i. 入れ歯を作りたい |
| b. 歯がしみる | f. 歯肉から血が出る | j. 入れ歯が壊れた  |
| c. 歯が欠けた | g. 歯が汚れている  | k. 口の中に傷がある |
| d. 咬むと痛い | h. 詰め物が取れた  | l. その他      |

【2】最後に歯科にかかったのは \_\_\_\_\_ ( ) 月前 ( ) 年前 ない

【3】現在、病気にかかっていますか？ はい いいえ

① 病名は？ \_\_\_\_\_

② 現在、治療を受けていますか？ はい いいえ

③ 現在、服用している薬はありますか？ はい いいえ

薬の名前は？ \_\_\_\_\_

【4】薬を飲んで、副作用が出たことはありますか？ はい いいえ

① 薬の名前は？ \_\_\_\_\_

② 医師から薬に関して注意するように言われたことはありますか？

はい いいえ

【5】麻酔をして手術や抜歯をした事がありますか？ はい いいえ

① その時、気分が悪くなりましたか？ はい いいえ

② 血が止まりにくかった事がありますか？ はい いいえ

【6】（女性の方へ）現在妊娠中、または妊娠の可能性はありますか？

はい いいえ

【7】歯の治療について、 a. 悪い所は全部治したい  
b. 今、気になる所だけで良い

【8】上記以外、治療に関して伝えておきたいことはありますか？