

坂井歯科医院 受診申込書 (大人用)

フリガナ		性別	男 ・ 女	年齢	歳
氏名		生年月日	M / T / S / H	年	月 日
住所	〒 -	電話番号	自宅: - - 携帯: - -		
緊急 連絡先		職業			
	TEL - -	E-mail:			
来院のきっかけ	紹介 (家族 / ()) / 近所 / ネット / 電話帳 / 医療マップ / その他 ()				

全身状態をもとに最適な治療を行いたいと思います。お手数ですが下記の質問にお答え下さい。(複数回答可)

1. 来院された理由

歯が痛い かぶせがとれた 歯ぐきが腫れたり血が出る 顎が痛い、開かない
 歯がぐらぐら 口臭 物がはさまる かみ合わせが悪い 歯並びが気になる
 入れ歯の問題 検診と口腔清掃 口腔癌検診 妊産婦検診 ホワイトニング
 その他 ()

2. 部位と時期 いつからですか? () どこですか? ()

3. 最近歯科医院に通院したのはいつですか? ()

4. 現在の健康状態

健康 妊娠 (ヶ月) 授乳中 (ヶ月) ペースメーカーあり
 心臓疾患 (狭心症, 心筋梗塞など) 脳血管疾患 (脳梗塞など) 高血圧 糖尿病
 胃腸障害 喘息 肝臓疾患 (B, C型肝炎など) HIVなどの感染症 癌
 腎臓疾患 (透析中) 骨粗鬆症 てんかん 心の病気 その他 ()
 現在の病名 () 通院中の病院 ()

5. 今飲んでいるお薬は? ない ある (多いときはリスト等を見せてください)

()
 バファリン、ワーファリンなど血の止まりにくい薬 高血圧の薬 抗てんかん薬 抗うつ薬
 抗がん剤 ビスフォスフォネート製剤 (骨粗鬆症や癌骨転移の予防薬 ゾメタなど)

6. アレルギーはありますか? ない ある (麻酔 アルコール ヨード 卵 牛乳 花粉症 薬

()

7. 血液型, 血圧, 平熱等を教えて下さい A, AB, B, O型 血圧 / 平熱 °C

8. 歯科麻酔の経験はありますか? ない ある (異常があった なかった)

9. 抜歯の経験はありますか? ない ある (血が止まりにくかった 貧血を起こした 他)

10. 診療に関する希望をお聞かせ下さい

今痛んでいるところだけで良い 悪いところは全部治療したい 相談の上治療したい
 時間や期間がかかっても丁寧にやってほしい 時間が長くても回数を少なくしたい その他

11. 治療費について

保険の範囲 主に保険, 保険対象外も相談したい 保険外でもいい治療がいい

12. 他にご意見, ご要望があればお書き下さい (裏面でも可)