

# 診療申込書

年 月 日

ふりがな		男 女	職業		
生年月日	明治・大正・昭和・平成	年	月	日	歳
住所 〒		電話			
勤務先名		電話			

●該当するものを○で囲んでください

1. ご来院された理由

- (1) 虫歯の治療
- (2) 歯周病の治療
- (3) 入れ歯の製作
- (4) 抜歯を希望
- (5) 歯の矯正
- (6) その他( )

2. 現在、病気にかかっていますか

- (1) ない (6) 高血圧
- (2) 心臓病 (7) 低血圧
- (3) 腎臓病 (8) 肝臓病
- (4) 糖尿病 (9) 貧血症
- (5) 蓄膿症 (10) その他( )

3. 今までに大きい病気をしたことがありますか

- (1) ない
- (2) ある (病名: )

4. 妊娠中ですか (女性のみ)

- (1) いいえ (2) はい

5. 薬の副作用、アレルギー、特異体質はありませんか

- (1) ない
- (2) ある ( )

6. 歯を抜いたことはありますか

- (1) ある (2) ない

7. その時、異常はなかったですか

- (1) ない
- (2) ある
  - イ、血が止まらなかった
  - ロ、貧血をおこした
  - ハ、なかなか抜けなかった
  - ニ、麻酔の注射で気分が悪くなった
  - ホ、何日か腫れて痛んだ

8. この機会に

- (1)悪いところは全部治療したい
- (2)相談の上、治療したい
- (3)今日、痛い歯だけ治療する

9. 診療についての希望

- (1)保険の範囲で治療したい
- (2)なるべく保険とし、保険の使えない場合は、自費でよい
- (3)保険に関係なく最上の治療をして欲しい

★継続的な管理と指導をご希望の方は  
下記の質問にお答えください

★お口のお手入れについて 歯磨きは? 起床後 食後(朝 昼 夕) 就寝前  
歯磨きの時間 ( )分くらい  
使用器具 歯ブラシ 糸ようじ 歯間ブラシ  
その他( )

★喫煙? しない する 過去に

★睡眠 約( )時間

★食生活?いつも飲むもの( )

間食 しない する(不規則 規則的)

★薬を飲んでいますか?いいえ はい( )

(医)おぎの整形外科・歯科