

診療申込書

D C F M A

平成 年 月 日				
ふりがな 氏名		男・女	明 大 昭 平	
現住所 〒			電 話	
勤務先電話 連絡先名		携帯電話	メールアドレス	

あなたの健康を守り、よりよき診察を受けていただくため、次の事柄にお答えください。

本日来院された主な理由は？	現在の具合は？	次の病気をしたことがありますか？
検診 歯石をとりたい 虫歯がある 痛い、凍みる、腫れた 歯槽膿漏が気になる (出血がある、口臭がある) 歯並びが悪い 詰め物がとれた よく噛めない、顎が痛い 歯を入れたい (人工歯根 入歯 その他)	とくに異常はない 心臓病がある(病名) 胃腸病・糖尿病 血圧が(高い・低い)(/) 脳貧血を起こしやすい 血がとまりにくい 妊娠(ヶ月) 授乳中である 服薬中である (薬品名)	結核 腎臓病 肝炎 (A B C型) リウマチ ちくのう 自家中毒 血液疾患 HIV ※その他留意点があればご記入下さい。 ()

かつて歯科で麻酔注射を受けたことがありますか？ ある ない
 その時気分が悪くなりましたか？ ならなかった なった
 薬や食べ物でアレルギー(じんましんが起きたり、気持ちが悪くなったりしたことを)起こしたことがありますか？
 ある ない
 そのときの薬品名() 食物()
 輸血 手術の経験はありますか？ ある ない
 海外での治療経験はありますか？ ある ない 国名()(年前)
 歯みがき指導を希望 する しない
 1日に何回歯みがきをなさいますか 1 2 3回以上
 喫 煙 (あり なし) 1日(本位)
 3ヶ月以内に他の歯科医院に通院されましたか(した しなかった) 治療(初めて 年ぶり)
 以前当歯科医院に来院されたことがある(年前頃)
 かかりつけの医院(医師)ございましたらご記入ください
 () (電話)

ご紹介の方がございましたらその方のお名前をご記入ください()
 定期検診のお知らせ(ハガキ)をご希望ですか はい いいえ

診療に対するご希望は？

1 全部保険診療希望	2. その都度相談の上で(自費治療)		
1 検診のみ	2. 検診+治療	3. 検診+予防処置	4. わからない



Cabinet
LAPINO