

診療申込書

D C F M A

平成 年 月 日		
ふりがな 氏 名	男・女	平成 年 月 日生 才 ヶ月
現住所 〒		
電 話	携帯電話(保護者)	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 フッ素塗布(自費 公費) 虫歯がある(痛い、凍みる、腫れた) 乳歯がグラグラする 永久歯が生えてきた 歯並びが悪い(矯正相談 治療) 歯石(着色)を取りたい 外傷(歯をぶつけた) 予防処置(シーラント)	とくに異常はない 心臓病がある(病名) 胃腸病・糖尿病 血がとまりにくい 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
 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 検診のみ 2. 検診+治療 3. 検診+予防処置 4. 検診+治療+フッ素塗布
 5 わからない



Cabinet
LAPINO