

診療申込書

ふりがな

記入日令和 年 月 日 お名前 紹介者(初診の方のみ)

性別	男・女	生年月日	(明・大・昭・平)	年 月 日	歳
住所	(〒 -)				
当院から連絡可能な電話番号 (日中連絡可能な番号)					
FAX		電子メール			
ご職業		身長・体重	cm	kg	

以下、□には レ をつけ、数字は○でかこんでください。

どうなさい ましたか？	
歯科で麻酔を したことが ありますか？	□ない □ある 1. 異常はなかった 2. 異常があった ()
歯を抜いたことが ありますか？	□ない □ある 1. 異常はなかった 2. 異常があった()
現在、歯科以外の病気で 通院されていますか？	□ない □ある 1. 心臓 2. 高血圧 3. 血管 4. 感染症 5. 糖尿病 6. 内分泌疾患 7. 肝臓 8. 腎臓 9. 他()
アレルギーや じんましの 経験は？	□ない □ある 1. アトピー性皮膚炎 2. ぜん息() 4. 金属 5. アルコール 6. 食品() 7. 薬() 8. その他()
今、飲んでいる お薬は？	□ない □ある 種類 1. ワーファリン 2. 抗血栓薬 3. ビスホスホネート製剤 4. ステロイド 5. その他()
お医者さんから 止められているお薬は？	□ない □ある 種類()
手術・輸血等をしたことが ありますか？	□ない □ある 医療機関名()
女性の方	1. 妊娠の可能性 2. 妊娠中(ヶ月) 3. 授乳中
この機会に	1. 悪い所は全て診察してほしい 2. 主訴のみを診察してほしい
ご希望があれば チェックしてください	□全て保険診療での治療を希望 □出来るだけ金属を使用したくない □審美性を重視したい 他()
ご家族で該当するものに チェックしてください	1. むし歯 □少ない □多い □わからない 2. 歯周病 □軽度 □中度 □重度 □わからない 3. 歯並び □良い □悪い □矯正経験あり

「個人情報の保護に関する法律」について 保険証のコピーをとらせていただきますが、保険診療請求の手続きにのみ
使用します。待合室でお名前を呼ばれたい方はお申し出下さい。

待合室の「治療説明フォルダ」を必ず読んで下さい！

