

受診申込書

フリガナ

氏名 男・女

生年月日 大・昭・平・令 年 月 日

〒 - 電話 - -

住所 緊急連絡先 - -

※お電話は普段お使いのお電話をお願いします。緊急連絡先は不慮の事態にご連絡する番号をお書き下さい。

勤務先 電話 - -

定期検診の日時連絡のハガキのご希望 する ・ しない

下記の質問は歯科治療をスムーズに行うための大切な資料となります。

以下の質問に正確にお答え下さい。(○で囲んでください。)

秘密は厳守いたします。

どのようにして 久原歯科を知りましたか	1. 看板広告を見て 2. 家族から(ご紹介者名:) 3. 知人から(ご紹介者名:) 4. ホームページ(PC・スマホ) 5. タウンページを見て 6. その他()
どうなさいましたか	1. 痛みがある 2. 虫歯の治療をしたい 3. つめ物・かぶせ物が外れた 4. 義歯を入れたい 5. 歯石をとりたい 6. 検査をしてほしい 7. インプラント相談 8. 矯正相談 9. その他()
これまで麻酔注射や 歯を抜いたりした時 異常はありましたか	1. 麻酔や歯を抜いたことがない 2. 異常がなかった 3. あった(症状:)
特異体質やアレルギーは ありますか	1. ない 2. ある (あると答えた方は下記からお選び下さい) ①薬 ②湿疹 ③アトピー ④アスピリンぜんそく ⑤血が止まりにくい ⑥食物アレルギー() ⑦薬物アレルギー() ⑧その他(例:花粉症)()

ウラもご記入下さい

<p>現在治療中の病気はありますか</p>	<p>1. なし 2. 高血圧 3. 心筋梗塞 4. 狭心症 5.不整脈 6.心不全 7.喘息 8.慢性気管支炎 9.糖尿病 10.甲状腺機能障害 11.副腎皮質機能不全 12.脳血管障害 13.てんかん 14.甲状腺機能亢進症 15.自律神経失調症 16.骨粗鬆症 17.慢性腎臓病(透析を受けている方のみ) 18.肝臓(・A型肝炎・B型肝炎・C型肝炎) 19.関節リウマチ 19.その他</p>
<p>現在通院中または定期的に 通われている病院はありますか</p>	<p>1. ない 2. ある (病名) (病院名) (科名 担当医) (電話 - -)</p>
<p>感染の恐れのある病気は ありますか</p>	<p>1. 結核 2. 性病 3. HIV 4. その他()</p>
<p>現在の血圧は</p>	<p>最高血圧/最低血圧(/) コントロール中 はい・いいえ</p>
<p>現在服用しているお薬は ※お薬手帳をお持ちでしたらご 提示下さい。</p>	<p>1. ない 2. ある (薬名)</p>
<p>喫煙はされますか</p>	<p>1. しない 2. する (1日 本)</p>
<p>女性の方へ</p>	<p>妊娠の可能性(あり なし) 妊娠(ヶ月)</p>
<p>治療に対する要望</p>	<p>1. 保険のきく範囲で治したい 2. なるべく保険で、一部自費でもかまわない 3. 相談して決めたい</p>
<p>治療時間などについて</p>	<p>1. 希望する治療時間帯は? A. 午前中 B. 午後 C. 希望時間帯() 2. 希望する治療曜日は? 月 火 水 木 金 土</p>
<p>その他、治療についての 御希望はありますか</p>	<p>()</p>

治療計画等について、くわしく御相談下さい。

御協力ありがとうございました。