

年 月 日

診療申込書

カルテNo

治療の参考にさせていただきます、すべての項目にご記入いただきますようお願いいたします

フリガナ				生年月日	年 月 日
氏名	男・女			年齢	歳
住所	〒 -			メールアドレス	
ご連絡先	☎ -				
勤務先			職業	勤務先☎ -	
本日はどうなさいましたか	痛い しみる 欠けた 腫れた 虫歯がある 歯茎から出血 歯石				
部位(場所)を教えてください	詰め物 被せ物がとれた(とれたもの なし あり) 入れ歯の作成 その他()				
痛みのある方	いつ頃から()どんな痛み()				
他に気になるところはありますか					
見た目で見えるところはありますか	あり (歯並び 歯の着色 銀歯 その他 具体的に) なし				
健康状態はいかがですか	頑健 普通 病弱				
しばしばかかる病気はありますか	なし あり 病名()				
現在、医療機関に通院中ですか	いいえ はい				
現在の血圧はいかがですか	低い 高い わからない 血圧数値 最高 / 最低 mmHg				
現在、お薬を服用中ですか	なし あり (お薬の名前 いつから など)				
お薬手帳はお持ちですか	なし あり				
過去、現在において、右記の病気などで通院経験はありますか	なし 糖尿病 腎臓病 高血圧 血液病 喘息 結核 心臓、脳血管の循環器系疾患 肝疾患 (B型 C型) 骨粗鬆症 アレルギー 種類()いつから() その他()				
該当することはありますか	1.傷は化膿しやすい 2.湿疹、じんましんがしやすい 3.薬を飲むと胃が痛くなる 4.下痢しやすい 5.風邪をひきやすい 6.血が止まりにくい 7.薬物アレルギー(薬名)				
今まで歯を抜いたことはありますか	なし あり その際 気分が悪くなった・血が止まりにくかった				
麻酔の注射をしたことはありますか	なし あり その際 異常は なし あり				
喫煙についてお伺いします	しない する (1日 本ぐらい) 以前喫煙していた(年前まで)				
女性の方にお伺いします	妊娠の可能性はありますか		ない	ある (妊娠 週)	
	授乳中ですか		いいえ	はい	
当院をどのようにしてお知りになりましたか	ご家族(お名前 様) 知人(お名前 様) 看板 口コミ ネット Instagram Facebook E-PARK歯科 近所 その他() ※ 検索キーワードを教えてください()				

ご協力ありがとうございました