

診 療 申 込 書 年 月 日

フリガナ	男 女	生 年 月 日	(満	歳)
お名前		明・大・昭・平	年	月
ご住所			お電話番号 () 携帯番号(日中緊急連絡先) ()	
ご勤務先 (学校名)				
■ どうなさいましたか? 症状を記入してください				
■ 当院をお知りになった理由は? <input type="checkbox"/> 知人・家族からの紹介(ご紹介者: 名前知らない) <input type="checkbox"/> 看板を見て <input type="checkbox"/> 建物を見て <input type="checkbox"/> かかりつけ <input type="checkbox"/> 電話帳を見て <input type="checkbox"/> ホームページを見て(検索ワードは?) <input type="checkbox"/> 近いから <input type="checkbox"/> その他()				
■ 知人・家族が来院したことがありますか? <input type="checkbox"/> ある(名前:) <input type="checkbox"/> ない				
■ 前回歯科治療を受けられたのは? <input type="checkbox"/> 当院で(年 ヶ月前) <input type="checkbox"/> 他院で(年 ヶ月前) <input type="checkbox"/> 完治 <input type="checkbox"/> 中断				
■ 現在の健康状態は? <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 不良 ※女性の方のみ <input type="checkbox"/> 妊娠中(ヶ月)				
■ 今までにかかった病気は? <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 低血圧 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> 肝炎 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> その他()				
■ 次のようなことがありますか? <input type="checkbox"/> 傷が化膿しやすい <input type="checkbox"/> ジンマシンが出やすい <input type="checkbox"/> 湿疹が出やすい <input type="checkbox"/> 内炎にかかりやすい <input type="checkbox"/> アレルギー(薬品名:) <input type="checkbox"/> 下痢しやすい <input type="checkbox"/> 喘息がある <input type="checkbox"/> 風邪を引きやすい <input type="checkbox"/> 血が止まりにくい <input type="checkbox"/> 薬を飲むと胃が悪くなる <input type="checkbox"/> 花粉症である <input type="checkbox"/> その他()				
■ 現在飲んでいる薬はありますか? <input type="checkbox"/> 飲んでいない <input type="checkbox"/> ビタミン剤 <input type="checkbox"/> ホルモン剤 <input type="checkbox"/> 血圧の薬 <input type="checkbox"/> 糖尿病の薬 <input type="checkbox"/> その他()				
■ 以前に歯を抜いた事がありますか? <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい→その時異常はありましたか? (<input type="checkbox"/> 気分が悪くなった <input type="checkbox"/> 血が止まりにくかった <input type="checkbox"/> その他)				
■ 血圧の状態は? <input type="checkbox"/> 高い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 低い (最高: 最低:) <input type="checkbox"/> わからない				