

## パレスサイドビル歯科診療申込書

受付日 年 月 日

フリガナ		男	生年月日	年 月 日
氏名		女	血液型	型
住所	(〒 - )			
勤務先名				
連絡先	※予約の変更など緊急時(日中)に連絡のつく連絡先をご記入下さい (自宅・携帯・会社) - -			
E-mail アドレス	@			

今後の診察に必要ですので次の質問を○で囲んで下さい。

①	<来院目的> 気になる部位 左(上・下) 右(上・下) 前(上・下) 歯肉 頬 舌 顎 他 痛い しみる 歯ぐきが腫れた・出血する 歯が動く つめもの・差し歯がとれた 親知らず 検診 歯石除去 歯を白くしたい 口臭 その他( )		
②	今までに手術・抜歯をしたことはありますか？	はい	いいえ
	その際、麻酔や手術中に気分が悪くなったことはありますか？	はい	いいえ
③	今までに血が止まりにくかったことはありますか？	はい	いいえ
④	次の病気に該当しますか？	はい	いいえ
	※該当される方は○または病名をその他へご記入下さい。		
	心臓病 腎臓病 肝臓病(肝炎 型 ・ またはご家族に肝炎の人がある) 蓄膿症 喘息 糖尿病 血圧(上 mmHg / 下 mmHg) アレルギー( ) その他( )		
⑤	現在治療中の病気はありますか？	はい	いいえ
	病名( ) 服用薬( )		
⑥	次の薬を使用後具合がわるくなったことはありますか？	はい	いいえ
	抗生物質(風邪薬・化膿止め等) 鎮痛剤(頭痛・解熱剤等) その他( )		
⑦	(女性の方のみ) 現在妊娠をしていますか？	はい	いいえ
	妊娠中の方(現在 週目 ・ 予定日: 年 月 日) 産後 カ月(母乳 or 人工乳)		
⑧	<治療内容希望> 痛い所だけ治したい・悪いところは全部治したい(計画治療) ・ 相談したい → また、治療で重視していることを下記 A ~ C よりひとつお選び下さい A、治療にかかる費用が少ないことが最も重要 B、費用も大事だが再発リスク・審美性・材質による耐久性や機能の違い等、説明を受けた上で検討したい C、費用よりも自分の健康を最優先し、今の状況にあった最善の治療を受けたい		
⑨	歯医者に最後にかかれたのはいつ頃ですか？	年	月頃
⑩	当院は何でお知りになりましたか？ 1、通りがかり 2、インターネット 3、紹介( 様) 4、その他( )		
⑪	その他 ( 治療期間や予約、心配などございましたらご記入ください)		
⑫	生活習慣についてお尋ねします。 1、喫煙習慣はありますか？ はい ・ いいえ はいの方 ⇒ 1日( )本 2、飲酒習慣はありますか？ はい ・ いいえ はいの方 ⇒ 頻度・量( )		