

診 療 申 込 書

年 月 日

氏 名	男女	生年月日	大昭 平令	年 月 日(歳)
現 住 所	〒		TEL : ()	FAX : ()
職 業	〒		TEL : ()	FAX : ()
御 紹 介 者		様		なし
かかりつけ医				

適切かつ安全な治療のためにご協力下さい。

なお、お答えの内容については医療上の事柄ですので秘密を守ることを申しそえます。

①どうなさいましたか？

- 歯が痛い
- 歯肉が痛い
- 歯が抜けたままになっている
- 歯のクリーニング
- 歯周病治療の相談
- その他 ()
- 虫歯がある
- 歯肉が腫れている
- 検 診
- 矯正治療の相談
- つめたものがとれた
- 顔が腫れている
- 入れ歯を入れたい
- 審美歯科治療の相談
- インプラント治療の相談

②今までに歯の治療、または抜歯の時に変わったことがありましたか？

- 何ともなかった
- 初めてでわからない
- 血が止まりにくかった
- その他 ()
- 貧血を起こした

③今までにかかった病気、またはかかっている病気はありますか？

- あ る
- 心 臓 ()
- 肝 臓 ()
- 血 液 病 ()
- 呼 吸 器 ()
- 消 化 器 ()
- な い
- 腎 臓 ()
- 血 圧 ()
- 糖 尿 病 ()
- アレルギー ()
- そ の 他 ()

④お医者さんに注意された薬がありますか？

- あ る ()
- な い

⑤お医者さんに注意された事はありますか？

- あ る ()
- な い

⑥現在薬を飲んでいますか？

- い る ()
- いない

裏面へ

