受診申込書

初診　　年　　月　　日					No.
（ふりがな）		男	血液型	O・A・B・AB	紹介者
おなまえ		女	生年月日	明・大・昭・平　　年　　月　　日（　　）才	
おところ	〒				自宅の電話（または連絡先）
おしごと					身長　　cm　　体重　　kg

●当院での診療の参考にさせていただきますので下記の質問に出来るだけ正確にお答え下さい。該当する所に○印をつけて下さい。●下記記入事項を変更したい時は診察時に必ず申し出て下さい。●自分で書けない方は当院で代行しますが、その時は確認欄にサインをお願いいたします。●記載していただいた情報は診療目的以外の使用や他者への提供をせず、個人情報保護法に基づき適正に処理しますので、安心してご記入下さい。

どうなさいましたか	1．歯が痛い（しみる・咬むと痛い） 2．痛くないがムシ歯がある 3．歯ぐきが　イ．痛い ロ．はれている ハ．血・うみがでる 4．歯がぐらぐら動く 5．つめもの、かぶせたものがはずれた 6．入れ歯がこわれた 7．入れ歯を作ってほしい 8．歯をきれいにしてほしい（歯石） 9．歯ならびをなおしたい（矯正） 10．歯の健康診断をしてほしい
どこがお痛みですか	右上 | 上前 | 左上 右下 | 下前 | 左下 1．歯　2．歯グキ　3．頬 4．舌　5．唇　6．アゴ
当院にこられたのは	1．はじめて　2．前に来たことがある（　　くらい前）
なおすところ	1．悪いところは全部なおしたい　2．今回は希望するところだけ
治療の方法	1．保険の範囲で治したい 2．なるべく保険で、保険のきかないところは自費でもよい 3．保険外で最も良い材料と方法で治してほしい
内科的病気は	1．ある〔心臓病、肝臓（肝炎）、腎臓、胃腸（特に潰瘍）、貧血症、リウマチ、血友病 高血圧・低血圧（　　／　　）、糖尿（　　）、精神神経疾患 2．ない 3．前にあった　その他（病名がわかればお書き下さい。　　） 4．いままでに入院したことがありますか。（1．ある　2．ない）
かかりつけのお医者さんは（歯科以外）	医院名　住所 電話
現在続けて飲んでいる薬は	1．ある〔血液をサラサラにする薬、副腎皮質ホルモン、血圧の薬、抗生物質 痛み止め、胃腸薬、その他（　　） 2．ない 過去1年間に薬物の服用をしていましたか（　　）
特別な体質（アレルギー）	1．ある〔(1) ペニシリン、麻酔薬、カゼ薬　(4) アトピー性皮膚炎 (2) ぜんそく　(5) 食物によるアレルギー (3) アレルギー性鼻炎　(6) その他（　　） 2．ない
抜歯や治療した時に異常は	1．ある〔(1) 熱が出た　(4) 気分が悪くなった (2) 血が止まりにくかった　(5) 麻酔注射がききにくかった (3) 貧血をおこした　(6) その他 2．ない
あなたの今の体調は	1．別になんともない　4．夕べは良く寝ていない 2．非常に疲れている　5．妊娠中（　　ケ月） 3．悪寒や熱があるようだ　6．生理不順又は生理中
その他、特に話しておきたいこと	（例：通院し易い時間と曜日、非常に恐がりである等）

（社）奈良県歯科医師会

代行者名　　患者確認欄