



# (医) よしだ・ファミリー・歯科



## 診 療 申 込 書

平成 年 月 日 現在

フリガナ	性別	生 年 月 日	年 齢																														
氏名	男・女	明・大・昭・平 年 月 日	才																														
住所	(〒 ー )		携帯 電話( ) 家 電話 ( )																														
勤務先名・学校名	電話 ( )	内線																															
当院をどこで 知りましたか?	ホームページをみて	看板をみて	家族・知人から その他( )																														
今日はどうなさいましたか?	1. 歯が痛い 2. 義歯相談 3. 検診希望	4. 歯肉が痛い 5. 歯ならびをなおしたい 6. 歯のクリーニングをしたい	7. つめていたものが取れた 8. 虫歯をなおしたい 9. その他( )																														
体や腕に注射をして異常はありませんか?	ない ある ( )	麻酔注射をした事がありますか?	ある ない																														
以前に、歯を抜いた事がありますか?	ない ある 最近抜いたのは	_____ 年前 _____ ヶ月前																															
その時何か異常はありませんでしたか?	ない ある ( )																																
今、他に病院におかかりですか?	いない いる ( )	お薬は飲まれていますか? ( 薬)																															
薬を飲んで副作用はありませんでしたか?	ない ある(薬)	かゆみ・胃痛 その他( )																															
特殊体質やアレルギーはありませんか?	ない ある(アレルギー)	ぜんそくがある かぶれやすい																															
悪性腫瘍(乳がん等)骨粗しょう症のお薬を飲まれていますか?	いいえ	はい( )																															
内科的の病気はありませんか?	<table border="0"> <tr> <td></td> <td>ありません</td> <td>あります</td> </tr> <tr> <td>高血圧.....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>呼吸器疾患.....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>糖尿病.....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>リウマチまたは関節炎.....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>血液疾患.....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>肝臓病.....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>腎臓病.....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>胃腸疾患.....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>黄だんまたは肝炎.....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>				ありません	あります	高血圧.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	呼吸器疾患.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	糖尿病.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	リウマチまたは関節炎.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	血液疾患.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	肝臓病.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	腎臓病.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	胃腸疾患.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	黄だんまたは肝炎.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ありません	あります																															
高血圧.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																															
呼吸器疾患.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																															
糖尿病.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																															
リウマチまたは関節炎.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																															
血液疾患.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																															
肝臓病.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																															
腎臓病.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																															
胃腸疾患.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																															
黄だんまたは肝炎.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																															
現在妊娠中または授乳中ですか?	妊娠 週目( ヶ月) ( 病院・Dr	授乳中	妊娠の可能性 あります ありません																														

### ★どのような治療をお望みですか? (治療の参考とさせていただきますので、ご記入お願い致します)

- |                                      |                         |
|--------------------------------------|-------------------------|
| 1)なるべく痛くない様にしてほしい                    | 4) 審美・矯正・インプラント・入れ歯 の相談 |
| 2) 治療内容を説明してほしい                      | 5) ホワイトニング(歯を白くする事)をしたい |
| 3) なるべく保険内でしてほしいが<br>内容によっては自費でも構わない | ★その他( )                 |

( 患者様へ )

当医院の治療方針として、計画診療制・レーザー治療(1回¥500)・PMTIC(¥2100)を行っています

担当医制をご希望されますか? (基本的には、初診時のDrが担当医となります)

はい いいえ どちらでもよい