

# 歯科問診票（初診申込書）

年 月 日

フリガナ	性別	生年月日
お名前	男・女	明治・大正・昭和・平成 年 月 日生
〒 -		ご連絡先電話番号
ご住所		(自宅)
ご職業		(携帯)
医療生協 加入済み・未加入		※当院より連絡を差し上げる場合がありますので、ご了承下さい。

※今後の診療に役立てるための資料です。下記質問にお答え下さい。□にチェックして下さい。

<p>【1】 来院された主な理由は何ですか。</p> <p> <input type="checkbox"/>歯が痛い    <input type="checkbox"/>虫歯がある    <input type="checkbox"/>歯ぐきがはれた    <input type="checkbox"/>歯ぐきから血が出る  <input type="checkbox"/>かみにくい    <input type="checkbox"/>歯ぎしりする    <input type="checkbox"/>詰め物がとれた    <input type="checkbox"/>□内炎が出来た  <input type="checkbox"/>入れ歯（<input type="checkbox"/>合わない <input type="checkbox"/>こわれた）    <input type="checkbox"/>その他（    ）         </p>
<p>【2】 その症状はいつからですか。（    ）</p>
<p>【3】 今までに歯の治療を受けたことがありますか。 <input type="checkbox"/>ない <input type="checkbox"/>ある</p>
<p>【4】 今回の歯科治療のご希望 <input type="checkbox"/>気になる所のみ治療希望 <input type="checkbox"/>全て希望</p>
<p>【5】 治療内容についての希望 <input type="checkbox"/>全て保険で治して欲しい <input type="checkbox"/>必要に応じて自費も希望</p>
<p>【6】 麻酔で気分が悪くなったことがありますか <input type="checkbox"/>ない <input type="checkbox"/>ある</p>
<p>【7】 血が止まりにくかった事がありますか。 <input type="checkbox"/>ない <input type="checkbox"/>ある</p>
<p>【8】 現在治療中の病気や過去にかかったことのある病気はありますか。</p> <p> <input type="checkbox"/>ない  <input type="checkbox"/>ある（以下にチェックを入れて下さい）  <input type="checkbox"/>心臓病<input type="checkbox"/>□ペースメーカー    <input type="checkbox"/>糖尿病    <input type="checkbox"/>高血圧症    <input type="checkbox"/>高コレステロール血症  <input type="checkbox"/>腎臓病    <input type="checkbox"/>人<input type="checkbox"/>透析    <input type="checkbox"/>肝臓疾患（<input type="checkbox"/>B型 <input type="checkbox"/>C型 <input type="checkbox"/>その他（    ））  <input type="checkbox"/>脳梗塞    <input type="checkbox"/>認知症    <input type="checkbox"/>甲状腺の病気    <input type="checkbox"/>喘息            その他（    ）         </p>
<p>【9】 薬や食物のアレルギーはありますか。 <input type="checkbox"/>ない <input type="checkbox"/>ある（    ）</p>
<p>【10】 現在飲まれているお薬はありますか。（市販薬を含めてご記入下さい）</p> <p> <input type="checkbox"/>ない <input type="checkbox"/>ある（薬剤名：    ）            ※お薬手帳をお持ちの場合は、受付にご提示下さい。         </p>
<p>【11】 かかりつけの医療機関はありますか。 <input type="checkbox"/>ない <input type="checkbox"/>ある</p> <p>医療機関名（    ）</p>
<p>【12】 現在妊娠中ですか（女性の方のみ） <input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい（妊娠    ヶ月）</p>
<p>【13】 歯科の治療に際してご希望などあればご記入下さい。</p>