

ササマ歯科クリニック 診療申込書

NO. _____

記入日 年 月 日

フリガナ

氏名 _____ 男 女 _____ 生年月日 明・大・昭・平 _____ 年 月 日生

〒 _____ <当院を選ばれた理由>

住所 _____ ネット検索して良さそうに思った ご紹介→ _____ 様・TV/雑誌・近いため

自宅電話 () _____ 職業 _____ 勤務先名 _____

携帯電話 () _____ 勤務先電話 () _____

電話番号は、急なご連絡が必要となる事がありますので、なるべく全てご記入をお願い致します

設問の回答は、診療を安全に行うための大切な参考資料になります。個人情報適切に管理致しますので
できるだけ正確に記入して下さい。わからない項目はお聞き下さい。

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| | はい | いいえ |
| 1. 現在、歯科以外の病気にかかっていますか？あるいは持病がありますか？ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| その病気で通院、治療を受けていますか？ (病名 _____) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 心臓疾患 <input type="checkbox"/> 肝臓疾患 <input type="checkbox"/> 腎臓疾患 <input type="checkbox"/> 胃腸疾患 <input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> 骨粗しょう症 | | |
| <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 甲状腺疾患 <input type="checkbox"/> その他 (_____) | | |
| 2. 現在使っている薬はありますか？ (薬剤名等 _____) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. 今までに血液検査で、異常があったことがありますか？ (内容 _____) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. タバコを吸いますか？ (1日 本) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. 今までに大きな病気や手術をしたことがありますか？ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. 歯を抜いたりケガをしたあと、血が止まりにくかったことがありますか？ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. 薬や食物でジンマシンその他の異常な反応が起きたことがありますか？
あればその内容は？ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. 歯の治療で麻酔の注射をしたことがありますか？
その時、気分が悪くなったりしたことがありますか？ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. 歯の治療について (複数回答可) | | |
| <input type="checkbox"/> 主訴以外も全面的に治したい <input type="checkbox"/> 問題点があるか知りたい <input type="checkbox"/> 主訴の応急処置のみ希望 | | |
| 10. 担当医のご希望について | | |
| <input type="checkbox"/> 院長を希望する <input type="checkbox"/> 副院長 (女医) を希望する <input type="checkbox"/> どちらでも構わない
※ (火・金 10:00~17:00のみ) | | |
| 11. [女性の方] 現在妊娠中ですか？ | | |
| <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 妊娠の可能性あり <input type="checkbox"/> 妊娠中 _____ ヶ月 | | |

★ 治療に際してのご希望・ご質問など
