



かわさき歯科 受診申込書

Kawasaki Dental Clinic

カルテNo.

初診 年 月 日

通院しやすい曜日と時間

月・火・水・金・土 あさ・ひる・よる

※読めない方、書けない方はお申し出ください。

ふりがな

氏名

男・女

明・大・昭・平

年

月

日生(歳)

住所 〒

自宅の電話番号 ()
携帯電話の番号 ()

勤務先
(学校)

お願い

あなたへのより良い治療のために下記の質問にお答えください。
あてはまる所に✓を入れてください。医療上の秘密は守ります。

当医院をどのようにして お知りになりましたか	<input type="checkbox"/> 紹介(様) <input type="checkbox"/> インターネット <input type="checkbox"/> 看板 <input type="checkbox"/> 広告 <input type="checkbox"/> 通りがかり <input type="checkbox"/> その他()
どうなさいましたか	<input type="checkbox"/> 歯が痛い(しみる・かむと痛い) <input type="checkbox"/> 入れ歯がこわれた <input type="checkbox"/> 痛くないがムシ歯がある <input type="checkbox"/> つめもの・かぶせたものがはがれた <input type="checkbox"/> 歯ぐきが・痛い <input type="checkbox"/> 歯のない所に入れてほしい ・はれている <input type="checkbox"/> 歯をきれいにしてほしい(歯石) <input type="checkbox"/> 歯ぐきから血・うみがでる <input type="checkbox"/> 歯ならびを治したい <input type="checkbox"/> 歯がぐらぐら動く <input type="checkbox"/> 歯の健康診断をしてほしい <input type="checkbox"/> 治療途中の歯がある <input type="checkbox"/> その他()
当医院に来られたのは	<input type="checkbox"/> はじめて <input type="checkbox"/> 前に来たことがある(ヶ月位前・年位前)
アレルギーはありますか(薬や金属など)	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい()
過去に重い病気にかかったことがありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(病名)
現在病気にかかっていますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ① 心臓病(不整脈 心不全 狭心症 心筋梗塞 その他) () ② 肝臓病(A型肝炎 B型肝炎 C型肝炎 慢性肝炎 肝硬変 その他) () ③ 腎臓病 ④ 糖尿病 ⑤ 胃腸病 ⑥ 喘息 ⑦ 甲状腺の病気 ⑧ 脳血管障害 ⑨ HIV ⑩ その他()
現在治療を受けていらっしゃいますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(病院名)
血圧は	<input type="checkbox"/> 高い <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 低い 最高/最低: /
血が止まりにくかったことがありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
現在何か薬をのんでいますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
麻酔や歯を抜いたことがありますか また、その時何か異常がありましたか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 異常があった(症状)
妊娠中ですか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(ヶ月)
授乳中ですか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
なおすところ	<input type="checkbox"/> 悪い歯はできるだけ治したい <input type="checkbox"/> 今回は希望するところ <input type="checkbox"/> 相談して決めたい
その他に特に伝えたいことは	

※当医院では基本的にお子様をpushさえての治療は行っていません。