



Kawasaki Dental Clinic

# かわさき歯科 受診申込書

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

大・昭・平 年 月 日生 ( 歳)

郵便番号

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

紹介 ( 様)  インターネット  看板  広告  
 通りがかり  その他 ( )

どうなさいましたか

歯が痛い(しみる・かむと痛い)  入れ歯がこわれた  
 痛くないがムシ歯がある  つめもの・かぶせたものがはがれた  
 歯ぐきが・痛い  歯のない所に入れてほしい  
・はれている  歯をきれいにしてほしい(歯石)  
 歯ぐきから血・うみがでる  歯ならびを治したい  
 歯がぐらぐら動く  歯の健康診断をしてほしい  
 治療途中の歯がある  その他 ( )

当医院に来られたのは

はじめて  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)

いいえ  はい ( )

過去に重い病気にかかったことがありますか

いいえ  はい (病名 )

現在病気にかかっていますか

いいえ  
 はい(病院名 )  
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 ( )

血圧は

高い  正常  低い 最高/最低: /

血が止まりにくかったことがありますか

いいえ  はい

現在何か薬をのんでいますか

いいえ  はい (薬剤名 )

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

いいえ  はい  
 異常があった(症状 )

妊娠中ですか

いいえ  はい ( ヶ月)

授乳中ですか

いいえ  はい

治療についてのご希望は

保険の範囲内で治したい  
 場合によっては自費でもかまわない

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おりません。