



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		大・昭 平・令	年 月 日生 (歳)
氏名	男・女		
郵便番号	—	住所	
自宅の電話番号	()	勤務先	(学校)
携帯電話の番号	()		

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・かぶせたものが取れた <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(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・B・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 骨粗鬆症 ⑪ その他 ()
血圧は	<input type="checkbox"/> 高い <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 低い 最高/最低: /
現在何か薬をのんでいますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (薬剤名)
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
麻酔をした時や歯を抜いた時に何か異常があったことはありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (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
治療についてのご希望は	<input type="checkbox"/> 保険の範囲内で治したい <input type="checkbox"/> 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押さえつけての治療は行っておりません。