

受診申込書

平成 年 月 日受付

ふりがな		性別	生年月日		年齢
氏名		男・女	明・大・昭・平		才
現住所	〒 -	電話	(自宅)	-	-
			(携帯)	-	-
職業	会社員・自営業・学生・主婦・その他		紹介者	様	続柄

以下の質問にできるだけ正確にお答えください。該当箇所は「✓印」及び「病名等」をご記入お願い致します。
この記録は、より良い診療を行うための大切な内容です。秘密は厳守致します。

当院は初めてですか	<input type="checkbox"/> 初めて <input type="checkbox"/> 以前に来たことがある								
当院を選ばれたきっかけは (いくつ選択しても可)	<input type="checkbox"/> 家族が通院中または通院していた <input type="checkbox"/> 友人や知人の紹介、勧めで来た <input type="checkbox"/> ホームページを見た <input type="checkbox"/> 広告や看板を見た <input type="checkbox"/> 家が近くて通うのに便利 <input type="checkbox"/> 職場が近くて通うのに便利 <input type="checkbox"/> 評判を聞いた <input type="checkbox"/> その他 ()								
今の症状を教えてください (いくつ選択しても可)	<table border="1" style="width:100%; text-align:center;"> <tr> <td>左上</td> <td>前上</td> <td>右上</td> <td rowspan="2">《どこの部分か○をつけてください》</td> </tr> <tr> <td>左下</td> <td>前下</td> <td>右下</td> </tr> </table> <input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> 歯がしみる(温/冷) <input type="checkbox"/> つめもの冠等がはずれた <input type="checkbox"/> 歯茎から出血する <input type="checkbox"/> 歯茎、顔が腫れた <input type="checkbox"/> 冠・義歯を入れたい <input type="checkbox"/> 義歯が <input type="checkbox"/> 歯並びが気になる <input type="checkbox"/> 顎が痛い <input type="checkbox"/> 口臭が気になる <input type="checkbox"/> 痛くないが悪いところを治療したい <input type="checkbox"/> その他 ()		左上	前上	右上	《どこの部分か○をつけてください》	左下	前下	右下
左上	前上	右上	《どこの部分か○をつけてください》						
左下	前下	右下							
どのような治療をご希望ですか (いくつ選択しても可)	<input type="checkbox"/> 今、痛みのある所だけを治療したい <input type="checkbox"/> この機会に悪い所は全て治したい <input type="checkbox"/> 保険の範囲内で治療したい <input type="checkbox"/> 保険の範囲は考えず、より良い処置を希望する <input type="checkbox"/> 医師と相談して決めたい								
アレルギーはありませんか	<input type="checkbox"/> ありません <input type="checkbox"/> 蕁麻疹が出たことがある(何で:) <input type="checkbox"/> 薬や注射で異常を起こしたことがある <input type="checkbox"/> その他 ()								

身体の具合についてお伺いします

1、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	→ その病名は ()
2、入院されたことがありますか	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい	→ いつ頃 () カ月前、() 年前
3、現在、病気にかかっていらっしゃいますか	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい	
<input type="checkbox"/> 心臓病(不整脈・心不全・狭心症・心筋梗塞・弁膜症・その他:) <input type="checkbox"/> 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:) <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 胃腸炎 <input type="checkbox"/> 喘息(気管支炎・心臓性喘息・アスピリン喘息) <input type="checkbox"/> 甲状腺の病気 <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> その他 ()			
4、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	
5、現在、何かお薬を飲んでいらっしゃいますか	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい	
<input type="checkbox"/> 血圧の薬 <input type="checkbox"/> 血をサラサラにする薬 <input type="checkbox"/> 骨を強くする薬 <input type="checkbox"/> その他 () ※お薬手帳をお持ちの方は受付へ提示してください			
6、血圧の数値はいかがですか	(/)	<input type="checkbox"/> わからない	
7、血が止まりにくかったことはありますか	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい	
8、歯科で麻酔を受けたことはありますか	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい	
9、その時、何か異常はありましたか	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい	→ はいの場合、症状は ()
10、現在、妊娠されていますか	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい	→ はいの場合、() カ月、予定日 ()
11、現在、授乳中ですか	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい	

その他、医師に伝えたいことがありましたらご記入ください

ご希望の予約日時がありましたらご記入ください

曜日： 月 火 水 木 金 土 時間： 午前 午後 () 時 頃