



診察申込書

平成 年 月 日

再初診

カルテ
NO

ふりがな		生年月日	年齢
氏名	様	明大 昭平	年 月 日生まれ

*ご住所・電話番号のご変更がありましたか？

・はい ・いいえ

変更後のご住所・電話番号を記入下さい。

自宅住所	〒	—	電話番号	—	—
		市	携帯電話	【	— —】

① 本日は、どうなさいましたか (○印をおつけ下さい)

1. 歯の治療 2. 義歯 (入れ歯) 3. 口腔清掃 (歯石) 4. 歯列矯正治療 5. その他 ()

② どのように気になりますか ・痛い ・しみる ・詰め物とれた ・歯茎から血が出る ・歯がぐらつく

・口臭 ・着色 ・歯石 ・歯並び ・その他 ()

③ 部位はどの辺りですか？ 前歯 : (上 ・ 下)

奥歯 : (右上 ・ 右下 / 左上 ・ 左下)

④ 痛みがある方へ

・何もしなくても痛みがある
・噛むと痛い
・冷たいものにしみる
・温かいものにしみる
・その他 ()

⑤ 現在歯科以外に通院されてますか？

・はい 内科 ・ 外科
その他(科)

・していない

⑥ 現在、服用中のお薬はありますか？

・はい ()

・いいえ

⑦ 次の病気をしたことがありますか？

・はい ・血圧 (/) ・心臓疾患
・血液疾患 ・脳血管疾患
・肝炎 (A B C) ・肝臓
・自律神経 ・胃腸 ・腎臓
・骨粗鬆症 ・肺疾患 ・結核
・糖尿病 ・甲状腺

・いいえ

⑧ 女性の方へ 妊娠について

(*妊娠中 月)

⑨ 薬などのアレルギーはありますか？

・ある () 薬
・鼻炎 ・花粉症 ・喘息 ・金属
・アトピー ・食べ物 ()

・ない