

受診されるにあたって

年 月 日

ここで記入していただく内容は、患者さまの治療をすすめていく上で重要な参考となります。
 記入内容は治療以外の目的に使用することはありませんのでできるだけ正確に記入してください。
 当院は時間予約制になっておりますので初めての方は少しお待ちいただくことになるかもしれません。
 現在、強い痛みがある方は受付までお申し付けください。

ふりがな お名前	男・女	生年月日	明大昭平	年	月	日	(歳)
ご住所	〒 -						
勤務先 (学校名)	TEL - -						
ご紹介者	TEL - - 内線 ()						
様							

- 今日はどうなさいましたか？(あてはまるもの全てに をつけて下さい)
 a.歯が痛い b.虫歯がある c.つめもの・さし歯がとれた d.歯ぐきがはれた
 e.歯ぐきから血がでる f.口が臭い g.入れ歯があわない、こわれた
 h.歯ならび、かみあわせが悪い i.歯石をとってほしい j.その他()
- 現在、歯科以外の病院にかかっていますか？
 いいえ はい(病名:)
 通院中の場合(病院・医院) 担当医(先生)
- これまでに大きな病気や手術を受けたことがありますか？
 いいえ はい(病名:)
- 食べ物や薬でアレルギー(じんましん・発熱など)を起こしたことがありますか？
 いいえ はい(食べ物:) (薬:)
- ケガをしたり、歯を抜いて血が止まりにくかったことがありますか？
 いいえ はい
- 歯科で麻酔の注射をされたことがありますか？
 はい いいえ わからない
- そのとき気分が悪くなりましたか？
 いいえ はい
- 血圧は正常ですか
 正常 低い 高い わからない 血圧値(/)
- 肝炎などの疑いがありますか？
 いいえ はい()
- 女性の方のみにお伺いします。現在、妊娠されていますか？
 はい(ヶ月) いいえ わからない
- 治療を受ける上でのご希望をお伺いします。
 a. いま困っているところだけを治してほしい
 b. 悪いところがあれば説明のうえ治療してほしい
 c. 全て保険でできる範囲で治してほしい
 d. 保険外で良い治療法があれば説明してほしい
 e. その他()
- 旭川一条通デンタルクリニックをどこで知りましたか？
 a. 知人の紹介 b. 看板を見て知った c. 電話帳で知った d. 広告で知った
 e. パソコンで知った f. 家が近い g. その他()
- その他知ってほしいことや疑問がありましたらご記入ください

