

問診表記入日： 年 / /

初診時血圧 測定日時 / : 血圧値(mmHg) 135 /85 脈拍(分)

※受付後に測定します



# 診療申込書

初診の方は出来るだけ正確にご記入ください。

ふりがな

ご氏名 ..... 男・女 明・太・昭・平 年 月 日生 才

ご住所〒 ..... TEL ( )

ご勤務先(学校名) ..... 携帯 ( )

◆当院では、診察券がスマホアプリになっております。

ご来院時には受付前のバーコードを読みとっていただくことで簡単チェックインができます。

またご予約確認、予約を事前にお知らせ等の機能もついております。

ご家族の診察券がひとまとめにできますのでとても便利です。

ダウンロード方法については、後ほどご説明させていただきます。

※スマートフォンをお持ちですか ( はい ・ いいえ )

◆ どうなさいましたか？(複数回答可)

- 1. 痛い(歯・歯ぐき・顎・その他 \_\_\_\_\_ )
- 2. 虫歯がある
- 3. 口臭
- 4. 歯茎の腫れ、出血
- 5. つめものが取れた
- 6. 入れ歯の相談
- 7. インプラントの相談
- 8. 歯並びが気になる
- 9. 検診、クリーニング希望
- 10. その他 \_\_\_\_\_

◆ どこが( ) いつからですか？( )

◆ これまでに歯科治療の経験は？ 無・有 いつごろ 病院名 \_\_\_\_\_

◆ 特異体質やアレルギーはありますか？ 無・有 \_\_\_\_\_

◆ 過去に歯を抜いたことがありますか？ 無・有 \_\_\_\_\_

◆ 麻酔や抜歯で気分が悪くなった事がありますか？ 無・有 \_\_\_\_\_

◆ これまでに、内科的な病気はありますか？(複数回答可)

- 1. 高血圧
- 2. 不整脈
- 3. 狭心症
- 4. 心筋梗塞
- 5. 脳血管障害
- 6. 糖尿病
- 7. 骨粗しょう症
- 8. 関節リウマチ
- 9. 血液凝固阻止剤服用(血液サラサラの薬)
- 10. 喘息
- 11. 腎疾患
- 12. 甲状腺疾患
- 13. てんかん
- 14. 副腎皮質機能不全
- 15. シェーグレン症候群
- 16. 口腔粘膜疾患
- 17. 睡眠時無呼吸症候群
- 18. 肝臓疾患
- 19. 呼吸器疾患
- 20. 感染症
- 21. その他 具体的病名 \_\_\_\_\_

◆ 内科的な病気で、どちらに通院されていますか？(病院名: \_\_\_\_\_)

◆ ご家族に肝臓疾患の方はいますか？ いいえ・はい(B型・C型・その他)

◆ 現在飲んでいる薬があればご記入ください \_\_\_\_\_

◆ タバコを吸いますか？ いいえ・はい(1日 本)

◆ 現在妊娠中ですか？(女性の方) いいえ・はい( ヶ月)

◆ 治療において優先順位の高いものはなんですか？

- 1. 治療の質(再発やトラブルが少ない治療をしてほしい)
- 2. コミュニケーション(分かりやすい説明をしてほしい)
- 3. 費用(できるだけ治療費がかからない治療を希望したい)
- 4. 時間(一回の処置時間、または全体の治療期間に配慮してほしい)
- 5. その他 \_\_\_\_\_

◆ 診療費について(2、3の場合には、ご説明に改めてお時間を頂く場合がございます)

- 1. 行える治療法に限られるが、健康保険の範囲で治療を希望したい
- 2. 治療方法が複数ある場合には費用を含めて説明を聞きたい。必要なら考えたい
- 3. 長期的に良好な結果を得るべく、出来れば最善の方法で行いたい

◆ 当院での受診について

- 1. 治療のみを希望
- 2. 虫歯や歯周病から口腔の健康を守るために、自分に適した予防法を知りたい

◆ 当院を何でお知りになりましたか？(複数回答可)

- 1. インターネット
- 2. 知人・家族紹介 ( \_\_\_\_\_ 様)
- 3. 近所、建物を見て
- 4. その他 \_\_\_\_\_

*~ The Life with Teeth ~*