パレスサイドビル歯科診療申込書

受付日：平成　　年　　月　　日（新・再）

フリガナ		男・女	生年月日	大正 昭和 平成　　年　　月　　日
氏　名				
住　所	（〒　　－　　） 区・市・町			
勤務先名				
連絡先	**※予約の変更など緊急時（日中）に連絡のつく連絡先をご記入下さい。** （自宅・携帯・会社）　　－　　－			
●これまでに当院で診察を受けられたことはございますか？　　はい　・　いいえ				

※当診療所では、定期検診のリコールはがきをお出ししています。

切り取り線

今後の診察に必要ですので次の質問を〇で囲んで下さい。

①	＜お悩みの部分＞　　左（上・下）,右（上・下）,前（上・下）,歯肉,頬,舌,顎
②	＜来院目的＞ ・検診　・歯がかけた　・かぶせた（つめもの）所が痛い　・かぶせたもの（つめもの）がとれた ・虫歯　・歯石除去　・歯ぐきから血が出る（腫れた）　・お口の清掃（ホワイトニング） ・歯がぐらぐらする　・歯がなくて噛めない　・入れ歯の具合が悪い（入れ歯を作りたい） ・その他（　　）
③	今までに手術・抜歯をしたことはありますか？　はい　・　いいえ その際、麻酔や手術中に気分が悪くなったことはありますか？　はい　・　いいえ
④	今までに血が止まりにくかったことはありますか？　はい　・　いいえ
⑤	次の病気に該当しますか？　はい　・　いいえ ※該当される方は〇または病名をその他へご記入下さい。 ・心臓病　・腎臓病　・肝臓病（肝炎　　型・またはご家族に肝炎の人がいる） ・蓄膿症　・喘息　・糖尿病　・血圧（上　　mmHg/下　　mmHg） ・アレルギー（　　）　・その他（　　）
⑥	現在治療中の病気はありますか？　はい　・　いいえ ・病名（　　）　・服用薬（　　）
⑦	次の薬を使用後具合が悪くなったことはありますか？　はい　・　いいえ ・抗生物質（風邪薬・化膿止め等）　・鎮痛剤（頭痛・解熱剤等）　・その他（　　）
⑧	（女性の方のみ）現在妊娠をしていますか？　はい　・　いいえ ・妊娠中の方（現在　　週目、予定日：　　年　　月）　・産後　　ヶ月（母乳or人工乳）
⑨	＜治療内容の希望＞ ◇痛い所だけ治したい　◇悪い所は全部治したい（計画治療）　◇相談したい
⑩	歯医者に最後にかかられたのはいつ頃ですか？　昭和・平成　　年　　月頃
⑪	当院は何でお知りになりましたか？ 1.通りがかり　2.広告・インターネット　3.紹介（　　様）
⑫	その他（治療期間や予約、担当医、心配事何でも構いませんのでご記入下さい。）