

診療申込書

申込日 年 月 日

フリガナ	
御名前	
生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日 満 才
御住所	〒
御職業	
自宅の電話	
連絡先電話	

たくさんご記入して頂くことがありますが。

ご面倒とは存じますが、診療を進めるにあたって大切なことがらです。

できる限り詳しくご記入下さい。

ご記入下さった内容については、当医院の治療以外の目的には使用いたしません。

— 中村歯科医院 —

以下の事柄で、あなたにあてはまるものがあれば○印を付けて下さい。

1. 今までに病気にかかったことがありますか。

- a. はい b. いいえ

『はい』ならば、それはどのような病気ですか。

- a. 心臓病 b. 高血圧症 c. 低血圧症 d. 肝炎、肝臓病
e. 糖尿病 f. 血液の病気 g. 気管支炎 h. ぜんそく
i. 脳血管障害 j. リューマチ熱 k. 貧血 l. 甲状腺の病気
m. 胃腸の病気 n. 関節の病気 o. 性病 p. アトピー
q. 結核 r. 骨粗鬆症 s. その他 ()

2. 現在治療中または1年以内に医者にかかったことがありますか。

- a. はい (病名) b. いいえ

3. 現在服用している薬がありますか。

- a. はい b. いいえ

どのような薬を服用されてますか。

- a. 心臓の薬 b. 血圧の薬 c. 脳血管障害の薬 d. 糖尿病の薬
e. アレルギーの薬 f. 肝臓の薬 g. 胃腸の薬 h. 精神安定の薬
i. 睡眠薬 j. 頭痛の薬 k. 関節やリューマチの薬
l. ホルモンの薬 m. 骨粗鬆症の薬 n. その他 () o. わからない

4. 薬でアレルギーなどの副作用がでたことがありますか。また服用してはいけない薬がありますか。

- a. ある b. いいえ

それはどのような薬ですか。

- a. ピリン系の薬 b. ペニシリン c. 抗生物質 d. 麻酔薬
e. その他 () f. わからない

5. 胃腸が弱く、薬などで下痢になりやすいですか。

- a. はい b. いいえ

6. 女性の方にお伺いします。現在妊娠していますか。あるいは可能性が有りますか。

- a. はい (予定日 年 月 日) b. いいえ

7. いままで歯科治療で麻酔の注射をしたことが有りますか。

- a. はい b. いいえ

8. 麻酔に対して気分が悪くなったり、あるいは異常な状態になりましたか。

- a. はい b. いいえ

9. 歯を抜いたことが有りますか。また一番最近に抜いたのはいつ頃ですか。

- a. はい (最近に抜いたのは _____ 頃) b. いいえ

10. 歯を抜いている時、またはその後で何か異常は有りましたか。

- a. 気分が悪くなった b. 血がとまりにくかった c. 痛みが長く続いた
d. その他 (_____) e. 異常はなかった

11. タバコを吸いますか。また吸う場合は平均して1日何本ですか。

- a. はい (平均 _____ 本) b. いいえ

12. 酒やビールなどのアルコール類をどの程度飲みますか。

- a. 毎日飲む b. 1週間の半分以上飲む c. 1週間の半分以下
d. ほとんど飲まない e. 飲まない

13. コーヒーや紅茶を頻繁に飲みますか。平均して1日に何杯ですか。

- a. はい b. いいえ

コーヒー・紅茶 _____ 杯 / 砂糖 _____ 有 無 / ミルク _____ 有 無

14. 間食や夜食の習慣が有りますか。

- a. よくする b. 時々する c. しない

15. 食事をするとき、時間をかけて食物をよく噛みますか。

- a. はい b. 普通と思う c. 短時間 d. あまり噛まない

16. 1日何回、どれくらい時間をかけて歯みがきをしますか。

朝食前 朝食後 昼食後 夕食後 就寝前 その他

合計回数 _____ 回 およその合計時間 _____ 分

17. 歯のみがき方を歯科医師か歯科衛生士に教えてもらったことがありますか。

- a. はい b. いいえ

教えてもらったことを実行されていますか。実行されていない方はその理由をご記入下さい。 (_____)

18. 歯ぎしりをしますか。

- a. よくする b. 時々する c. しない

19. 当医院での治療についてご希望の事項はどれですか。
- a. 現在痛んでいる歯や歯肉の治療だけでよい。
 - b. むし歯の治療だけして欲しい。
 - c. むし歯だけでなく、歯や歯肉などの健康管理もしてほしい。
20. 当医院では歯科衛生士が積極的に歯みがき指導を行っています。
- a. 歯みがき指導はらない。
 - b. 簡単（短時間）な歯みがき指導をしてほしい。
 - c. 時間をかけた歯みがき指導をしてほしい。
 - d. 歯みがき指導の予約をして、徹底的な指導と健康管理をしてほしい。
21. 治療の内容によっては、健康保険ではできない場合がありますが
- a. 保険の範囲内だけでしてほしい。
 - b. できれば保険でしたいが、自費の方が歯や歯肉の健康に良いのならば、自費負担でもよい。
 - c. 保険にはこだわらないで、自費が歯や歯肉の健康に良いのならば自費負担でしたい。
22. 当医院へはどのようにして来られますか。
- a. 徒歩
 - b. 湖西線
 - c. 自動車
 - d. 自転車、バイク
 - e. その他
23. 当医院の存在についてどのようにしてお知りになりましたか。
- a. 近くにある
 - b. 家族が来ている
 - c. 友人や知人から聞いた
 - d. 誰かの噂で知った
 - e. 広告
 - f. その他（）
24. 当医院を紹介して下さった方がおられますか。
- よろしければ紹介者のお名前を教えてください。
- 紹介者氏名 _____
25. 治療に関してのご希望、お悩みやお困りのこと、ご質問、あるいは歯科全体についてのご質問などがあれば、ご自由にお書き下さい。