

年 月 日
診 療 申 込 書



Pour blanche プールブランシェ
上 里 歯 科 医 院
KAMISATO DENTAL CLINIC

フリガナ			男	生年月日 (満 歳)
お名前			女	明・大・昭・平 年 月 日
ご住所	〒			お電話番号 () 携帯番号 (緊急連絡先として) ()
ご勤務先 (学校名)		E-mail		

1. 本日来院された理由 (気になることをいくつでも選んでください)

() 歯が痛い () 歯ぐきが痛い・腫れている () 検診をしてほしい
 () 入れ歯を入れたい () 詰め物・被せ物が取れた () 歯石を取りたい
 () その他

2. 今までの治療についてお伺いします。あてはまるものを選んでください。

() 麻酔が効きにくかったことがある
 () 麻酔をして、気分が悪くなったことがある
 () 歯の治療中や、歯を抜いた時に気分が悪くなったことがある
 () 歯を抜いた時に、血が止まりにくかったことがある
 その他 ()
 () 特になし

3. 病気についてお伺いいたします。現在何かの病気で治療を受けていますか？

病名 ()
 以前に下記の病気にかかった事がありますか？ 下記以外にも大きな病気をしたことがありますか？
 () 糖尿病 () 腎臓病 () 血液疾患 () 甲状腺 () 喘息
 () 高血圧 () 肝臓病 () リウマチ () 肝 炎 () 脳梗塞
 () 心臓病 () 蓄膿症 () 特になし

4. お薬についてお伺いします。現在常用しているお薬はありますか？ □はい □いいえ

薬品名 ()
 飲むと気分が悪くなったり、湿疹がでてしまう薬がありますか？
 薬品名 ()
 () 特になし

5. 以下であてはまる事がありますか？

() 薬や食べ物、金属、その他でアレルギーがある 具体的に： _____
 () タバコを吸っている
 () 心臓のペースメーカーを使用している
 () 現在、妊娠している、またはその可能性がある _____ヶ月
 () 特になし

6. 治療についてお伺いします

() 保険の範囲内で治療したい
 () なるべく保険内で、場合によっては保険外 (自費負担) でもいい
 () 費用はかかってもよい治療と処置をしてほしい
 () 相談のうえ、決めたい
 () 特になし

7. 当院をどのようにしてお知りになりましたか？ ()

8. その他、気になることやご希望がございましたらご記入ください。