

# 診療申込書

記入日 平成 年 月 日

ふりがな					
名前	男・女	生年月日	大 昭 平	年 月 日	
住所	〒	TEL	( )		
職業	勤務先				

## ① 本日来院された理由は？

【今一番お困りなことは】

どこが	<input type="checkbox"/> 右上の奥歯	<input type="checkbox"/> 上の前歯	<input type="checkbox"/> 左上の奥歯	<input type="checkbox"/> 上の	
	<input type="checkbox"/> 右下の奥歯	<input type="checkbox"/> 下の前歯	<input type="checkbox"/> 左下の奥歯	<input type="checkbox"/> 下の	
	<input type="checkbox"/> 歯	<input type="checkbox"/> 冠・詰め物	<input type="checkbox"/> 歯肉	<input type="checkbox"/> 入れ歯	<input type="checkbox"/> 親知らず
	<input type="checkbox"/> 舌	<input type="checkbox"/> 唇	<input type="checkbox"/> 顎	<input type="checkbox"/> その他	
いつ頃から	<input type="checkbox"/> 1週間前	<input type="checkbox"/> 2-3日前	<input type="checkbox"/> 昨日	<input type="checkbox"/> 今日	<input type="checkbox"/> その他
どうされましたか	<input type="checkbox"/> 痛い	<input type="checkbox"/> しみる	<input type="checkbox"/> 腫れた	<input type="checkbox"/> 血が出る	<input type="checkbox"/> 外れた
	<input type="checkbox"/> 欠けた	<input type="checkbox"/> 壊れた	<input type="checkbox"/> その他		

【気になる項目もありましたら選んで下さい】

<input type="checkbox"/> 歯が痛い	<input type="checkbox"/> 冠・詰め物がとれた	<input type="checkbox"/> 歯肉がおかしい(腫れた・血が出る)
<input type="checkbox"/> 定期検診をしたい	<input type="checkbox"/> 歯石をとりたい	<input type="checkbox"/> お口の中にできものができた
<input type="checkbox"/> 入れ歯の調子が悪い	<input type="checkbox"/> 歯並びが気になる	<input type="checkbox"/> 金属色の冠・詰め物を白くしたい
<input type="checkbox"/> ホワイトニング	<input type="checkbox"/> その他	

## ② 生活習慣

【お口のお手入れについて】 歯磨きをする時は  起床後  食後(朝・昼・夕)  就寝前  
1回の時間は 分くらい

歯ブラシ以外の清掃用品は  フロス  歯間ブラシ  その他

【喫煙習慣】  なし  あり(喫煙期間 年間 1日 本)  過去にあり

【食生活習慣について】 習慣的飲料物  なし  あり  
間食の取り方  不規則  規則正しい  あまりしない

## ③ 既往歴

【現在、通院していますか】  いいえ  はい (病院名 病名)

【いつも飲んでいるお薬は】  なし  あり

【以前にかかった病気は】  高血圧  心臓疾患  糖尿病  血液疾患  腎臓疾患  ぜんそく  
 肝臓疾患(A型肝炎・B型肝炎・C型肝炎・その他)  ちくのう症  神経症  
 その他

【薬物アレルギーは】  なし  あり

【その他のアレルギーは】  なし  あり

【手術の経験は】  なし  あり (いつ頃 病名)

【慢性疾患】  心臓ペースメーカーを使用している  人工透析

## ④ 歯科既往歴

【歯科での麻酔経験は】  なし  不明  あり (そのとき異常は  なし  あり)

【抜歯の経験は】  なし  不明  あり (そのとき異常は  なし  あり)

## ⑤ 全身の状態

【血圧は】  高い  ふつう  低い (最高 最低)

【女性の方へ】  妊娠中(妊娠 ヶ月)  授乳中

## ⑥ ひろはしハートフル歯科をどちらでお知りになりましたか？

紹介<紹介者: >  看板  買い物に来て  電話帳

インターネット  まんまる新聞  その他

「ひろはしハートフル歯科」のホームページをご覧になったことがありますか？ < はい・いいえ >

## ⑦ 来院しやすい時間・曜日を教えてください

いつでもよい

都合のよい時間帯がある・時間帯 午前・午後 ~ 曜日 日・月・火・水・金・土

## ⑧ その他、治療に関しての希望や注意して欲しいこと、疑問な点がありましたら記入して下さい

ご記入ありがとうございました ひろはしハートフル歯科 院長 廣橋 賢