

受付申し込み用紙

受付： 年 月 日 カルテ番号： _____

フリガナ

氏名： _____ 男・女 年齢： _____

住所： 〒 電話： _____ 携帯： _____

職業： _____ 勤務先： _____

身長： _____ 体重： _____ 血液型： _____

この用紙は、初めて来院された方に健康状態などをおたずねし、安心して歯科治療を受けていただくために記録するもので、内容についての秘密は守ります。診療時に再び同じような質問をすることがありますが御協力ください。
また、受診期間中、健康状態に変更などありましたらお申し出ください。

次の質問にお答えください。（□に○・印、またはその他 _____ に記入してください。）

1. 本日来院された理由はなんですか。

- むし歯 歯が痛い 歯がぐらぐらする 歯ぐきから血が出る
 口内炎 歯並びが悪い 口の中の腫れ 歯石を取ってほしい
 入れ歯をつくってほしい 入れ歯がこわれた 入れ歯がゆるい
 つめもの・冠がとれた 顎の痛み その他： _____

2. 当医院を何で知りましたか。

- 電話帳 インターネット 家から近い
 知人などの紹介（紹介者： _____ ） その他： _____

3. 歯科治療は始めてですか。

- はい いいえ

4. 歯科治療に対して不安を持っていますか。

- 非常に不安がある 不安がある
 少し不安 とくにない

5. 治療希望をおきかせください。

- 保険の範囲内で治療したい
 なるべく保険で、保険のきかない所は説明してほしい
 最も良い資材と方法で治療してほしい（自費治療）

治療範囲は・・・ 悪い所は全部治したい 現在困っている所だけ

*裏面もご記入ください。

6. 歯科治療で麻酔注射をうけたことがありますか。

はい いいえ

はい、と答えた人で注射のあと異常がいましたか。

具合が悪くなった とくに異常はなかった

7. 血が止まりにくいことがありましたか。

はい いいえ

8. 薬や食事などでアレルギー体質（過敏反応）はありますか。

はい いいえ

はい、と答えた人は 薬 _____

食物 _____ その他 _____

9. ①現在または過去にかかった病気がありますか。また、その他の場合は病名を記入してください。

心臓病 肝臓病（肝炎、肝硬変等） 結核 高血圧 胃腸病
 血液疾患（血友病等） 貧血 糖尿病 腎臓病 リウマチ
 てんかん ぜんそく ちくのう症 感染症（梅毒・淋病等）
 脳血管障害 エイズ その他： _____

②以前に輸血を受けた経験がありますか。

はい いいえ

病気に関して書きにくいことがありましたら直接医師にお話してください。

10. 御家族（両親・兄弟・子供・その他）のうちで現在または過去にかかった病気がありましたら、間柄と病名を記入してください。

間柄 _____

病名 _____

11. 現在かかりつけの医療機関はありますか。

はい 差しつかえなければ医院名をお書きください。 _____

いいえ

12. 常用している薬はありますか。

はい 薬名 _____

いいえ

13. 現在、妊娠していますか。（ご婦人のみ）

はい 妊娠 _____ ヶ月 いいえ

治療期間中に妊娠された方は、お知らせください。

◆医療相談がありましたらお気軽にご相談ください。