

別部歯科 診療申込書及び同意書

記入日: 年 月 日

ふりがな

氏名 男・女 生年月日 年 月 日 (満 歳)

(〒 ー)

自宅 ☎ ()

住所

携帯 ☎ ()

勤務先(学校名)

☎ ()

* 該当するものを○で囲んでください。

1. 当院を受診した理由

- I) むしば治療 II) 歯石除去
III) 入れ歯 IV) 詰め物脱離
V) 歯肉が腫れた VI) 検査
VII) その他()

2. 診療について

- I) 悪いところは全て治療したい
II) 相談のうえ治療したい
III) 応急処置のみ希望

3. 診療費について

- I) 全て保険範囲内で治療したい
II) 必要に応じて自費でもよい
III) 全て最良の方法で治療したい

4. 当院を知ったきっかけ

- I) 近所だから
II) インターネット
III) 電柱広告
IV) 紹介(どなたから)

5. 女性の方のみ

・妊娠・授乳の有無

(なし・あり) ヶ月)

6. 喫煙の有無

(なし・あり) 本/日)

7. 歯科治療での異常

(なし・あり))

8. 身長 cm 体重 kg

9. 全身状態について

- I) 特に異常なし
II) 薬を飲んでいる
(薬名)
III) 病院へ通っている
(病院名)
IV) 過去の病気・手術の経験
(病名)

10. 下記の症状・病気の有無

- I) 心臓 【はい・いいえ】
はいの方: ペースメーカー有・無
II) 肝臓 【はい・いいえ】
III) 腎臓 【はい・いいえ】
IV) 肺・ぜんそく 【はい・いいえ】
V) 出血傾向・血液の病気 【はい・いいえ】
VI) 血圧 【高い・正常・低い】
→ 普段どのくらいですか(/)
(大切) → 最後に測ったのは(前頃)
VII) 糖尿病 【はい・いいえ】
はいの方: (HbA1c)
VIII) 痙攣 【はい・いいえ】
IX) 骨粗鬆症 【はい・いいえ】
X) 精神疾患 【はい・いいえ】
XI) 感染症 【はい・いいえ】
はいの方: ()

11. アレルギーの有無

食べ物、薬、花粉症、金属など

(なし・あり))

当院に受診した患者様の資料は、学会等に報告する場合がありますが、個人情報の守秘義務を遵守し、目的以外には使用しませんので、予め同意をお願いします。