

# 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 (〒 ー ) 生年月日 年 月 日 (満 歳)

住所 自宅 ☎ □ ( ) 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)必要に応じて一部自費でもよい  
III)最良の方法なら自費・保険どちらでもよい

## 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 健診(あり・なし)  
II)薬を飲んでいる 【はい・いいえ】  
(薬名: ) 薬手帳(あり・なし)  
□III)病院へ通っている 【はい・いいえ】  
(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)高血圧 【はい・いいえ】  
はいの方:( / )  
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 (あり・なし)

食物・薬・花粉症・金属・その他( )

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。