

歯科診療申込書

(令和 年 月 日記入)

フリガナ			生年月日	年 月 日生 (満 才)	
氏 名					
住 所				電話	
携帯番号			携帯メルアド		
お仕事			職場電話		

どこが悪いですか？		歯	歯肉	入れ歯	その他
どのあたりですか		前歯 (上 下)		奥歯 (右上 右下 左下 左上)	
痛みは	ある	____日くらい前	痛み止めは飲みましたか (はい いいえ)		
		少し痛い	ひどく痛い	眠れないほど痛い	
	ない	冷たい物 温かい物 甘い物 ねる時 かんだ時 ずーっと たまに 歯茎が腫れている 入れ歯があたって痛い			
		歯ぐきから血が出る 入れ歯(ゆるい きれいにし 歯をきれいにしたい(歯石・ヤニ) 歯がなくてかめない 詰め物やかぶせが取れた 歯並びやかみ合わせ			
その他(具体的に)					
歯を抜いたことがありますか？		ない	ある	血が止まりにくかった 腫れた 熱が出た 貧血をおこした その他 ()	
アレルギーはありますか？		ない ・ ある (アレルギー)			
(女性の方にお聞きします)		妊娠中である (妊娠 ヶ月 ・ 月 日出産予定) 妊娠していない わからない			
次の病気をしたことがありますか？		血圧 (/ mmHg) 心臓や血管の病気 貧血 糖尿病 腎臓 (透析など) 肝臓 (型肝炎・肝硬変) ぜん息 (アスピリン・その他) 肺炎 結核 その他 骨そしょう症 前立腺 (男性)			

裏面にも問診がございます。 ご記入をお願いいたします。

