

20 年 月

診療申込書・予診票

カルテNo

フリガナ		男・女	生年月日		
お名前			明・大・昭・平		
ご住所	〒	年齢	歳	年	月 日
勤務先(学校名)		電話番号			

どのような症状がありますか？	<input type="checkbox"/> 歯が痛い(しみる ズキズキと痛む 噛むと痛い 腫れた その他) <input type="checkbox"/> 詰め物がとれた <input type="checkbox"/> 歯ぐきから血が出る <input type="checkbox"/> 口の中にできものがある <input type="checkbox"/> 入れ歯が合わない <input type="checkbox"/> 顔が腫れている <input type="checkbox"/> 口臭がある <input type="checkbox"/> 歯石を取りたい <input type="checkbox"/> 健診を受けたい <input type="checkbox"/> その他()
その症状はいつからですか？	<input type="checkbox"/> 今日 <input type="checkbox"/> __日前から <input type="checkbox"/> __週間前から <input type="checkbox"/> __ヶ月前から <input type="checkbox"/> __年前から
当院をどのように知りましたか	<input type="checkbox"/> 知人・家族からの紹介 <input type="checkbox"/> 医院のホームページを見て <input type="checkbox"/> 医院の建物を見て <input type="checkbox"/> 病院口コミサイト等を見て <input type="checkbox"/> その他()
現在のご健康状態はいかがですか	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> 妊娠中(月)
あてはまる持病はありますか	<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 低血圧 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 肝炎 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> その他()
次にあてはまる項目はありますか	<input type="checkbox"/> 傷が化膿しやすい <input type="checkbox"/> じんましんが出やすい <input type="checkbox"/> 湿疹が出やすい <input type="checkbox"/> 口内炎にかかりやすい <input type="checkbox"/> 薬アレルギー(薬品名:) <input type="checkbox"/> 下痢しやすい <input type="checkbox"/> 薬を飲むと胃が悪くなる <input type="checkbox"/> 花粉症である <input type="checkbox"/> その他()
現在飲んでいる薬はありますか	<input type="checkbox"/> 飲んでいない <input type="checkbox"/> ビタミン剤 <input type="checkbox"/> ホルモン剤 <input type="checkbox"/> 血圧の薬 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> その他()
以前歯を抜いたことがありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ⇒その時異常はありましたか？ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 気分が悪くなった <input type="checkbox"/> 血が止まりにくかった
血圧の状態	<input type="checkbox"/> 高い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 低い 最高: 最低:
その他、気になることやご希望がございましたら、ご記入下さい	