【　診療申込書　】

＊ご記入頂く内容は、医学上の事柄のため秘密厳守いたします。　　記入日：令和　　年　　月　　日

ふりがな	男・女	＜生年月日＞ 大・昭・平・令 年　月　日生 （　歳　ヶ月）
氏　名		
（保護者氏名）		
住所　〒　　－	TEL（　　）　　－ 携帯　　－　　－	
E-mail：　　@		
当院を何で知りましたか？　・家族が通院している　・家が近い　・ネット　・他院からの紹介 ・看板を見て　・知人の紹介（紹介者名　　）　・その他(　　)		

＜診療の参考にしますので、以下の質問にお答え下さい＞

①　現在のお口の状態で当てはまる症状を選択してください。

・歯並びを治したい　・歯の汚れが気になる　・歯を白くしたい　・歯周病が気になる
・歯の痛みがある　・歯茎が痛い(腫れ・出血)　・虫歯がある　・詰め物が取れている
・親知らずが気になる　・歯ぎしりがある　・顎が痛い　・口臭がある　・いびきをかく
・その他（＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

②　前回、歯科にかかられたのは＿＿＿＿年＿＿月頃　（ 当院にて　・　当院以外 ）

③　歯を抜いたことがありますか？　・ない　・ある（＿＿＿年前）

④　歯を抜いた時や麻酔注射をされた際に異常はありませんでしたか？

・ない　・血が止まりにくかった　・熱が出た　・貧血になった　・気分が悪くなった

⑤　現在および過去にかかった病気はありますか？

・ない　・高血圧　・低血圧　・糖尿病　・心臓病　・脳血管疾患　・ぜんそく　・肝炎
・てんかん　・甲上腺機能障害　・骨粗しょう症（ビスフォスホネート系製剤服用）
・その他（＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

⑥　現在の健康状態はどうですか？　・良い　・普通　・悪い　・妊娠中（＿＿＿ヶ月）

⑦　服用中の薬剤はありますか？　・ない　・ある（薬剤名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

⑧　アレルギー症状を起こすものはありますか？

・ない　・薬剤（薬剤名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）
・食べ物（＿＿＿＿＿＿＿）　・金属（＿＿＿＿＿＿＿）　・花粉　・ハウスダスト

⑨　たばこは吸いますか？　・いいえ　・はい（１日に＿＿＿本程度）

⑩　予防歯科治療についてご希望があればご記入下さい

・定期的な予防処置を希望する　・矯正治療と併せて歯のメインテナンスをしてほしい
・細かな着色も取り除きたい　・歯の色自体も白くしたい　・知覚過敏があるため心配
・その他のご希望やご質問（＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

島歯科・矯正歯科