

受診申込書

NO

年 月 日

ふりがな		男・女	大正	年	月	日生
氏名			昭和			
住所	〒	連絡先 (勤務先)	会社名	()		
			電話			
電話	()	携帯メール アドレス	@			
ご紹介者						

【あなたの健康状態について以下の質問に○を付けて下さい。】

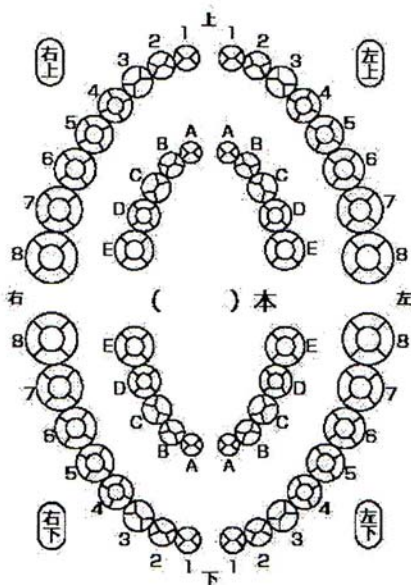
- お困りは？
 - 歯 ①痛い ②しみる ③虫歯 ④詰め物がとれた ⑤欠けた
 - はぐき ①痛い ②腫れた ③血が出る ④歯槽膿漏 ⑤歯石除去
 - 入れ歯 ①痛い ②壊れた ③合わない ④作りたい
 - その他 ①検診 ②相談(矯正・インプラント・漂白・顎) ③その他
- お困りの部位は？
 - 右上 上前 左上 その他
 - 右下 下前 左下 ()
- 症状はいつ頃から () 日) くらい前から
- 今は ①痛くない ②少し痛い ③すごく痛い
- 以前の治療で ①特に問題無し ②気分が悪くなった(貧血等) ③血が止まりにくかった ④その他()
- かかった事のある病気 ①無し ②心臓 ③血管・血液の病気 ④血圧(高血圧・低血圧) ⑤糖尿病 ⑥肝臓(ウイルス性・その他) ⑦喘息 ⑧アレルギー ⑨甲状腺 ⑩その他()
- 現在治療中の病気 ①無し ②有り(病名)
- 現在妊娠中ですか ①いいえ ②はい(妊娠_____ヶ月)
- 薬及び麻酔の異常 ①無し ②有り(薬品名) (アレルギー)
- その他のアレルギーはありますか ①無し ②有り(食べ物()、金属())
- 診療方法に対するご希望 ①現在痛んでいるところだけを治療したい ②治療が必要なところは全て治療したい
- 診療は ①保険の範囲内で ②なるべく保険で、保険できないものは自費で
- 当院を選ばれた理由について教えてください
 知人・家族からの紹介 (ご紹介者様:)
 看板を見て インターネットで調べて ホームページを見て 勤め先が近いから
 その他 ()
- 虫歯・歯周病菌の状態を顕微鏡で確認ができます。
 ①希望する ②希望しない
- 何か他にご希望やご相談があればお書き下さい。



歯と口の治療管理

(患者さんへ) あなたの生活習慣などを把握してこれからの治療を効果的に進めます。継続的な管理と指導を受けられる方は、太枠内の必要事項をご記入ください。検査結果と治療の予定をご説明いたします。ご質問がありましたら、いつでもお申し出ください。

お名前	年 月 日
○次のことについてお伺いします。(□にチェック、または該当するものに○を)	
1. お口のお手入れについて	
・歯磨きをする時は	□ 起床後 □ 食後(朝・昼・夕) □ 就寝前
・1回の時間は () 分くらい	
・歯ブラシ以外の清掃用品は	□ フロス □ 歯間ブラシ □ その他
2. 喫煙習慣	□ なし □ あり □ 過去にあり
3. 睡眠時間	約 () 時間
4. 食生活習慣について	
・習慣的飲料物	□ なし □ あり ()
・間食の取り方	□ 不規則 □ 規則正しい □ あまりしない
5. 現在治療中ですか	□ いいえ □ はい (心臓病・肝炎・糖尿病・高血圧症・その他)
6. 薬を飲んでいますか	□ いいえ □ はい (薬名:)
備考	



- 歯・歯肉の状態・検査結果
- ・プラークや歯石の付着(///部分) □ なし □ あり
 - ・歯肉の炎症(発赤・出血・腫れ) □ なし □ あり
 - ・歯の動揺 □ なし □ あり
 - ・歯周ポケット(4mm以上) □ なし □ あり
- 歯や口の状態と全身の健康
- よく噛むことと肥満予防
 - 歯周病と糖尿病、心臓病
 - その他 ()
- 治療予定
- むし歯(つめる・冠・根の治療)
 - 歯肉炎・歯周病の治療 □ 義歯・ブリッジ
 - その他 ()
- 次のことに気をつけてください
- 喫煙
 - 食生活習慣 ()
 - 歯磨きの仕方(歯ブラシ・フロス・歯間ブラシ)

医療機関名	いまぜき歯科クリニック
所在地	〒272-0022 市川市鬼越1-6-3
担当歯科医	TEL : 047-334-6934