

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 男・女 生年月日 年 月 日 (満 歳)

(〒 ー)

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) 必要に応じて自費でもよい
III) 全て最良の方法で治療したい

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. コロナワクチン

(なし・あり) 回目、 年 月頃)

9. 身長 cm 体重 kg

10. 全身状態について

- I) 特に異常なし
II) 薬を飲んでいる (薬名)
III) 病院へ通っている (病院名)
IV) 過去の病気・手術の経験 (病名)

11. 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】
はいの方：肝炎既往歴 有 (型) ・無
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) 血圧 【高い・正常・低い】
→普段どのくらいですか (/)
(大切) →最後に測ったのは (前頃)
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： ()

12. アレルギーの有無

- I) 食べ物、薬、金属など (なし・あり)
II) 花粉症、鼻炎など (なし・あり)
(ありの方に対して舌下免疫療法 なし・あり)

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、個人情報の守秘義務を遵守し、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。