

診療申込書

お名前 _____ 様 男・女 ____ 歳 (生年月日 明・大・昭・平 年 月 日)

ご住所 _____

お電話 _____ (携帯電話 _____)

- こちらのセンターはどこでお知りになりましたか 知人の紹介 (_____ 様)
 インターネット
 その他 (_____)
- 当センターは皆様に最善の治療を行なうよう努めておりますが、そのためには健康保険外の治療も必要になる場合があります。ご希望の治療方法をおたずねします。
 健康保険外でもいから最善の治療をしてほしい
 健康保険内で治療してほしい

● どうなさいましたか

お体や、病気の状態により治療法やお薬の出し方が変わってきます。

下記の項目はそれを教えていただくためのものです。なるべくくわしくお答えください。

● 以前に歯科治療を受けたときに、異常はありましたか

- ない ある ● どのようなときでしたか 麻酔をしたとき 歯を削ったとき 歯を抜いたとき
 不安であったとき 体調不良のとき その他

● どのようにになりましたか

- アレルギー体質は ない
 ある 金属 アトピー ぜんそく 花粉症 食物
 くすり・そのお薬は (_____)
- けがをしたときに血が止まりにくいことは ない ある
- いま、他の医療機関に通っていますか
 いいえ はい ・どのような病気で (_____)
なにかお薬を飲んでいますか
 いいえ
 はい そのお薬は (_____)
- これまでに大きな病気をしたことがありますか
 ない ある ・その病気は 高血圧 糖尿病 気管支ぜんそく 感染症
 心臓病 肝炎・肝臓病 血液疾患 神経・精神疾患
 脳卒中 腎臓病 リウマチ その他

- 現在、気分は おおむね良好である
 毎日のようにほとんど1日中ずっと気分が沈んでいる
 何に対しても興味がわかず楽しめない
- 女性の方で、現在妊娠は していない はっきりしない している (予定日 _____ 月 _____ 日)

・私どもは、皆さまの個人情報の管理を厳正に行なっています。ご記入いただきましてありがとうございました。
西原 歯 科 口 腔 イ ン プ ラ ン ト セ ン タ ー