

受診申込書

新・再

太枠内のみお書きください

☆ 初診の方、再初診の方は別紙もお書きください。

ふりがな			
氏名	様		
〒	—		
住所	市	Tel	()
緊急連絡先	Tel	()	
治療の希望	応急処置のみ希望	主訴のみ診療希望	健診し全体の診療希望
本院をどのようにしてお知りになりましたか？ 医院を見て 町の看板 電話帳 インターネット その他 知人の紹介(紹介者のお名前)			

ご記入ありがとうございました。

医院記入欄

主訴	歯・歯肉・歯列・咬合・欠損・補綴物・義歯・審美・口腔乾燥・口臭・SAS・定期・予防・その他							
部位								
問題点								
全身状態	健康・通院中(心・脳血管・高血圧・呼吸器・消化器・腎・肝・泌尿・アレルギー・アトピー・自己免疫・その他)							
投薬	ナシ・アリ	血圧	/	アレルギー	ナシ・アリ	感(A・B・C・HIV)	歯科治療時異常	ナシ・アリ
妊娠	ナシ・アリ(ヶ月)	授乳	ナシ・アリ	通院病院名	医院・病院			科
歯科情報	指導既往				ナシ・アリ(前)			
歯みがき回数	0・1・2・3へ	歯みがき時間	分	使用器具	歯ブラシ(S・M・H)・歯間ブラシ・フロス・洗口剤・他			
小児	フッ素の使用				ナシ・アリ(洗口剤・ペースト・スプレー)	仕上げ磨き	あり	なし
	間食		1・2・3・夜間	間食製品				
			飲食製品					
成人	タバコ		吸わない・吸う(本/日)	よく飲む飲み物				
	歯周				腫脹感・出血・Hys症状・歯軋り・口臭・乾燥感・その他			

その他記入事項

口腔検査	レントゲン	口腔内写真	模型
------	-------	-------	----

患者番号	検査日	年	月	日記入者
------	-----	---	---	------