

診察申込書

年 月 日

ふりがな				血液型	RH+	型
氏名 Name					RH-	
生年月日 Date of Birth	T S H (西暦	年 年)	月	日	年齢 Age	才
住所 Home address	〒 -			E-mail address @		
	TEL	()	FAX	()	携帯	()
御勤務先 Office				TEL	()	
御職業 Occupation				御紹介者 Introducer	様	

診察を行うにあたり、以下の質問にお答えください。(秘密厳守)

○最後に健康診断を受けたのはいつですか？

年 月頃 (医療機関名:) 受けたことはない

○現在の健康状態は？ 良好 普通 あまり良くない

○現在もしくは以前に何か疾患にかかった事がありますか？

- 心臓病 肝臓病 (A型 B型 C型 その他) 糖尿病
 呼吸器疾患 ぜん息 花粉症 アレルギー ()
 結核 てんかん 膠原病 リウマチ 免疫不全症候群
 皮膚病 アトピー 疱疹 ヘルペス 胃腸系疾患
 腎臓病 悪性腫瘍 () 良性腫瘍 ()
 その他 ()

○輸血を受けたことは？

ない ある (いつどんな状態?)

○今までにけがや事故の経験はありますか？

ない ある (いつどんな状態?)

○タバコを吸いますか？

吸う (1日約 本) 時々 (1月約 本)
 かつて吸っていた (才まで) 禁煙中 吸わない

○酒を飲みますか？

ほとんど毎日 時々 禁酒中 飲まない

○いびきをかきますか？

ほとんど毎日 時々 かかない わからない

○鼻で楽に呼吸ができますか？

はい いいえ 時々詰まる

○血圧は？

高い 正常 低い わからない 不安定
 (/ mmHg)

2枚目の質問事項にもお答えください。

○常用している薬があれば記入してください。

○薬品による副作用は？ ある（薬品名 _____） でたことはない

○かかりつけの医療機関は？

_____ 病院(医院) _____ 科 _____ 先生 Tel _____ (_____)

_____ 病院(医院) _____ 科 _____ 先生 Tel _____ (_____)

○けがをしたり手術をうけて血が止まりにくかったことは？ ある ない

○手足をぶついたりしたときアザができやすいですか？ はい いいえ

○肩こりや腰痛はありますか？

ある(部位は？ _____) ない

○頭痛はありますか？

ない ある(ごくまれに 時々 頻繁に)

○今までに以下の治療を受けたことがありますか？

整体 カイロプラティック 骨盤矯正 O脚矯正 鍼灸 気功

○普段の生活について？(複数回答可)

家にいる事が多い 会社内にいる事が多い 活動的 非活動的
よく歩く(距離: _____ 時間: _____) あまり歩かない
よく自転車に乗る よく自動車に乗る

○自身の健康のためにおこなっていることについて、運動、体操、健康食品、など
具体的にお書きください。

(_____)

○(女性の方へ)生理は？

順調 不順 妊娠の可能性あり 妊娠中(_____ か月)

○最後に歯科を受診されたのはいつですか？

_____ 年 _____ 月頃(医療機関名: _____) 今回が初めて

○いままでに麻酔注射や抜歯をして気分が悪くなったことがありますか？

ある ない

○今までに以下の歯科治療を受けたことがありますか？

予防指導・処置 歯磨き指導 歯石除去 食事指導
歯周病外科手術 動揺歯牙連結固定 歯周病薬物治療
咬み合わせ調整 歯列矯正治療 その他の外科手術

○来院しやすいのは？

火 水 木 金 土 の→ 午前 昼 午後 夕

火 水 木 金 土 の→ 午前 昼 午後 夕

特になし

○何か希望やご心配なことがございましたらお書きください。

(歯科以外の全身に関することでも構いません。)