

記入日： 年 月 日

(秘密厳守)

受診申込書

フリガナ	性 別	男 ・ 女	生 年 月 日	大正 昭和 平成	
お名前				年 月 日 (歳)	
〒 ご住所			連 絡 先	<input type="checkbox"/> 自宅 ()	
				<input type="checkbox"/> 携帯 ()	
				<input type="checkbox"/> 会社 ()	
当院よりご連絡させて頂く事がございます。ご面倒でなければメールアドレスをご記入下さい。 () @ ()					

ご来院の理由は？	<input type="checkbox"/> 歯・歯茎が痛い <input type="checkbox"/> 精密検査・定期健診をしたい <input type="checkbox"/> 歯石を取ってほしい <input type="checkbox"/> 歯槽膿漏を治したい <input type="checkbox"/> アンチエイジングに興味がある <input type="checkbox"/> 口臭が気になる	<input type="checkbox"/> 入れ歯を入れたい <input type="checkbox"/> 虫歯診療をしてほしい <input type="checkbox"/> 詰め物が取れた <input type="checkbox"/> 歯を美しくしたい <input type="checkbox"/> 歯並びを治したい <input type="checkbox"/> その他 ()
最後に通院したのはいつですか？	<input type="checkbox"/> 最近 <input type="checkbox"/> __ 年以上前	<input type="checkbox"/> 1 カ月位前 <input type="checkbox"/> 6 ヶ月位前
歯石を取った事がありますか？	<input type="checkbox"/> 最近 <input type="checkbox"/> __ 年以上前	<input type="checkbox"/> 1 カ月位前 <input type="checkbox"/> 6 ヶ月位前 <input type="checkbox"/> ない
当院を選ばれた理由は？	<input type="checkbox"/> クリニックの建物を見て <input type="checkbox"/> 知人の紹介 (紹介者：)	
次の薬を使った事がありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (<input type="checkbox"/> 麻酔薬 <input type="checkbox"/> ピリン系鎮痛剤 <input type="checkbox"/> 抗生物質 <input type="checkbox"/> ステロイド剤 <input type="checkbox"/> その他) → その時、副作用はありましたか？ <input type="checkbox"/> あった <input type="checkbox"/> なかった	
カウンセリングを希望する項目がありますか？	<input type="checkbox"/> 審美的な詰め物・被せ物 <input type="checkbox"/> バネのない入れ歯 <input type="checkbox"/> 矯正	
希望治療日がありましたらご記入下さい。	<input type="checkbox"/> PMTC <input type="checkbox"/> やわらかい入れ歯 <input type="checkbox"/> ホワイトニング <input type="checkbox"/> フッ素塗布 <input type="checkbox"/> 高周波治療 <input type="checkbox"/> 睡眠時無呼吸症候群	
	<input type="checkbox"/> いつでも良い <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 <input type="checkbox"/> _____ 曜日の <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後	

ご協力ありがとうございました。

エンジェル歯科クリニック

〔お口の健康管理のために〕 (初回)

※治療と継続的な管理を受けられる方は太枠内を記入してください
説明を受けたあとに左下の□にチェックを入れてください

年 月 日

氏名	性別	男・女	年齢	歳
【現在のお口の中の状況】 痛みについて <input type="checkbox"/> 痛い <input type="checkbox"/> 痛くない 歯肉の出血 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 【全身の状態】 <input type="checkbox"/> 糖尿病 () <input type="checkbox"/> 高血圧症 (/) <input type="checkbox"/> 心疾患 () <input type="checkbox"/> 肝疾患 (B型・C型・その他) () <input type="checkbox"/> 妊娠 (ヶ月) <input type="checkbox"/> その他 () かかりつけ医療機関 ()				
【服薬状況】 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (薬剤名:				
【生活習慣の状況】 ① 1日の歯磨きの回数 _____ 回 (<input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 晩 <input type="checkbox"/> 就寝前) ② 補助清掃器具の使用 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> フロス(糸楊枝) <input type="checkbox"/> 歯間ブラシ ③ 間食の取り方 <input type="checkbox"/> 規則的 <input type="checkbox"/> 不規則 <input type="checkbox"/> しない ④ 飲みもの <input type="checkbox"/> 炭酸飲料 (cc) <input type="checkbox"/> ジュース (cc) <input type="checkbox"/> その他 (cc) ⑤ 喫煙習慣 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (本/日) ⑥ 睡眠時間 約 時間			【改善目標】 ① _____ 回 ② () ③ () ④ () ⑤ () ⑥ ()	

歯・歯肉の状態・検査結果

- ・歯肉の炎症 なし あり
- ・歯石 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
- ・骨吸収 なし あり

治療予定

- | | |
|---------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> むし歯治療 | <input type="checkbox"/> むし歯予防処置
<small>(シーラント・サホライド)</small> |
| <input type="checkbox"/> 歯周病の治療 | <input type="checkbox"/> 抜歯 |
| <input type="checkbox"/> 被せもの | <input type="checkbox"/> 知覚過敏処置 |
| <input type="checkbox"/> ブリッジ | <input type="checkbox"/> AF除去 |
| <input type="checkbox"/> 義歯 | <input type="checkbox"/> 睡眠時無呼吸症候群 |
| <input type="checkbox"/> その他 | |

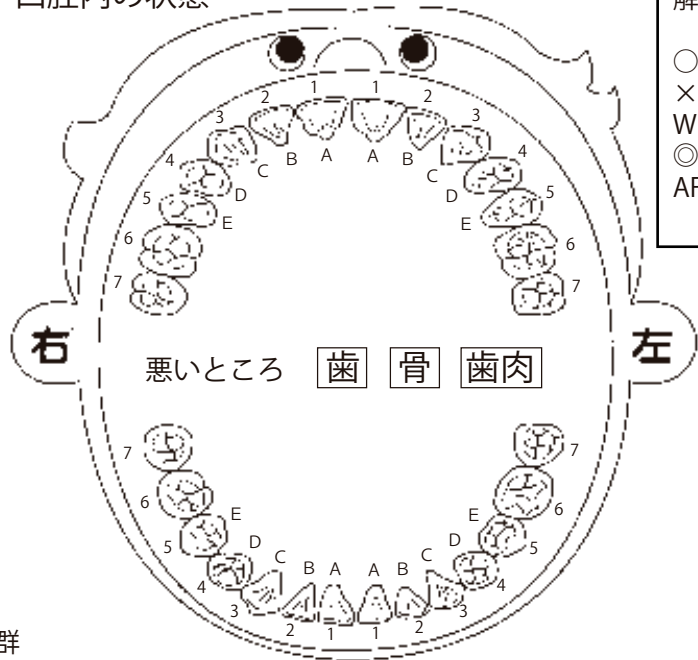
治療期間

() 週 () 回で約 () ヶ月程度

歯科疾患と全身との関わり()

上記の説明を受けました
(患者さんチェック欄)

口腔内の状態



解説

- …むし歯
- ×…欠損
- W…汚れ
- ◎…抜歯
- AF…アマルガム
充填

保険医療機関名

〒359-1121 埼玉県所沢市元町 28-9 1F

てんしのは
Tel・04-2939-1048

www.angel-dental-clinic.ne.jp

エンジェル歯科クリニック

担当歯科医師名 菱田 かなえ