IZUMI DENTAL CLINIC いずみ歯科クリニック

H　　年　　月　　日

診療申込書

No.

フリガナ		生年月日	大 昭　　年　　月　　日 満（　　）歳 平
氏　名			
住　所	〒　　－	携帯（　　）　　－ TEL（　　）　　－	
職業または勤務先			

下記の質問をお読みになり、該当する個所を○で囲んで下さい。
当院ではあなたの健康保持のお役に立ちたいため、次の質問にできるだけ正確にお答え下さい。
なお、この調査事項は医学上の事柄ですので、秘密を守ることを申し添えます。

■ 当院をお知りになったきっかけは？	家族からの紹介　（紹介者名 ／　　様） 知人、友人からの紹介（紹介者名 ／　　様） 近くをよく通るので　・　ホームページを見て その他（　　）
■ 今日はどうされましたか？ または、どんなことがお悩みですか？（できるだけ詳しくお書きください）	
■ 全身の健康状態は？	良好 ・ 普通 ・ 悪い ・ 妊娠中（　ヶ月 予定日　　年　　月　　日）
■ 現在ほかの病院にかかっていますか？	いない ・ いる（どのような症状で 医院名 ： ）
■ 現在薬を飲んでいますか？	いない ・ いる（ 薬品名 ：　　）
■ アレルギーはありますか？	ない　・　ある（ 原因物質 ：　　）
■ 次の病気をしたことがありますか？	ない　・　ある（心疾患／肝疾患／腎疾患／高血圧／低血圧／糖尿病 骨粗しょう症／ぜんそく その他重篤な疾患（　　））
■ 歯科治療中に異常を感じたことがありますか？	ない　・　ある（麻酔中／治療中／抜歯中／その他）
■ 最後に歯科治療を受けられたのはいつですか？	年　　ヶ月前（ 医院名 ：　　）
■ 今後治療を行うにあたって、ご希望、ご要望がございましたらお書きください。	