

診療申込書

No.

フリガナ		生年月日	大・昭 平・令	年	月	日	満()歳
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になり、該当する箇所を○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 / 知人、友人からの紹介 (紹介者名 / 近くをよく通るので ・ ホームページを見て その他 ()						様 様)
■ 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。							