

診 療 申 込 書

No.

ふりがな _____

お名前 _____ 世帯主名 _____ ご紹介者氏名 _____

ご住所 _____ 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

・同居のご家族の方で、かつて来院されたことがある場合 お名前 _____

・お電話番号(午後7時から午後9時の間に連絡が取れる番号を記入して下さい)

自宅 携帯 会社 寮 その他 電話番号 _____

・以下は、診療に大切な参考となりますので、わかる範囲で正確にご記入ください。

・血液型 _____ 血圧 _____ / _____

・ご来院の目的は検診、虫歯、入れ歯、はぐき、その他 _____

・特に何か病気をしたことがありますか

脳 心臓 高血圧 糖尿病 肝臓 腎臓 消化器疾患 その他 _____

かかりつけの病院名 _____ 妊娠中の方は _____ ヶ月

・現在、医師に注意されている事がありますか 有 無

・現在、続けて飲んでいる薬がありますか 有 薬品名 _____ 無

「お薬の手帳」をご持参ください

・薬に対してアレルギーがありますか 有 薬品名 _____ 無

・たばこを吸いますか はい 喫煙歴 _____ 年 いいえ

・歯を抜いたことがありますか 有 無

・最後の歯科治療はいつ頃ですか _____ 年 _____ ヶ月前

治療方針について、悪い所は全部、今痛んでいる所だけ、

その他治療に対してご希望があれば記入してください。
