

# 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。

\_\_\_\_\_