

診療申込み

No. _____

平成 年 月 日

受診者	フリガナ 氏名	男	生年 明治 大正 昭和 平成	年	月	日
		女				
	〒 住所	電話	自宅 勤務先	()	()	
	職業 職種 ()		紹介者氏名 電話 ()			

診療に必要ですので○印でお答え下さい。

あなたの来院の目的は	1. むし歯がある 2. 痛みがある 3. 歯を入りたい 4. 検査をしてほしい 5. 歯の清掃をしてほしい 6. 歯ならびが悪い 7. 相談 () 8. その他 ()
右の病気にかかった事がありますか？また現在かかっていますか？	1. 血液の病気（白血病、血友病、貧血症、その他） 2. 血が止まりにくい 3. 心臓の病気（心臓弁膜症、狭心症、心筋梗塞、その他） 4. 血管の病気（高血圧症、低血圧症、動脈硬化、その他） 5. 腎臓の病気 6. 肝臓の病気 7. 糖尿病 8. 胃腸病 9. その他（リウマチ等） () 10. なし
アレルギー体質や特異体質がありますか？	1. 薬をのんで異常あり 2. 注射をして異常あり 3. 食物で異常あり 4. ジンマシン、ゼンソク 5. 脳貧血 6. その他 () 7. なし
女性の方に	1. 婦人科医からの注意 ある ない 2. 妊娠の疑い ある ない 3. 妊 娠 _____カ月
かかりつけの医院または病院がありますか？	_____ 医院 1. ある 2. ない _____ 病院
診療に対する御希望	1. 診察のうえ悪いところは全部治してほしい 2. 苦痛のあるところのみ治してほしい 3. その他
特にご希望（費用等）があれば申し出て下さい。	