

◆診療申込書◆

年 月 日

フリガナ		生年月日	明大昭平	性別	紹介者
お名前				男・女	
ご住所	〒 ( ) TEL ( ) 携帯 ( )				
ご連絡先	TEL ( )				

どうなさいましたか… 虫歯を治したい 検査をしてほしい 入れ歯を入れたい  
歯並びを直したい 歯の掃除をしてほしい  
その他 ( )

当院を知った理由は… 看板を見て 建物を見て 家族から聞いて  
人から聞いて ホームページを見て その他 ( )

歯を抜いたことは… ない ある ( 月位前、 年位前)

その時に異常は… ない ある  
貧血を起こした 熱がでた  
痛みが止まらなかった  
血が止まりにくかった

薬の副作用は… ない ある  
胃が痛くなる 発疹がでる  
かゆくなる  
その他 ( )

特異体質(アレルギー)のようなことは… ない ある  
じん麻疹がでる かぶれる  
ぜんそくがある  
その他 ( )

お医者さんでもらった薬を飲んでいますか… いない いる  
 飲んでいる薬の名前: ( )

市販のお薬を飲んでいますか… いない いる  
 飲んでいるお薬の名前: ( )

内科的な病気は… ない ある  
心臓病 不整脈 糖尿  
高血圧 低血圧 肝臓  
その他 ( )

大きなケガや手術をしたことありますか… ない ある ( )

その他特別なことは… 妊娠 週目 その他 ( )

治療についてご希望があれば…  月 日までに治療を終えてほしい。  
一度にたくさん治療をし、来院回数を少なくしたい。  
極端に”こわがり”なので、注意してほしい。  
その他 ( )

来院しやすい曜日をお知らせください… 月曜日 火曜日 水曜日 ( 木曜日)  
金曜日 土曜日

その他に、ご相談などがございましたら、何でも書き下さい。  
 ( )