

診療申込書

ふりがな

記入日 年 月 日 お名前 紹介者(初診の方のみ)

性別	男・女	生年月日	(大・昭・平・令)	年 月 日	歳
住所	(〒 -)				
当院から連絡可能な電話番号 (日中連絡可能な番号)					
FAX		電子メール			
ご職業		身長・体重	cm	kg	

以下、□にはレをつけ、数字は○でかこんでください。

どうなさいましたか？	
歯科で麻酔をしたことがありますか？	□ない □ある 1. 異常はなかった 2. 異常があった()
歯を抜いたことがありますか？	□ない □ある 1. 異常はなかった 2. 異常があった()
現在、歯科以外の病気で通院されていますか？	□通院していない □通院している 1. 心臓 2. 高血圧 3. 血管 4. 感染症 5. 糖尿病 6. 内分泌疾患 7. 肝臓 8. 腎臓 9. 他()
今、飲んでいるお薬は？	□ない □ある お薬手帳をお持ちの方はご掲示ください。ご掲示いただければ下記の記入は不要です。 種類 1. 血液サラサラ(抗凝固薬・抗血小板薬) 2. 骨粗しょう症薬 3. ステロイド 4. その他()
お医者さんから止められているお薬は？	□ない □ある 種類()
アレルギーやじんましの経験は？	□ない □ある 1. アトピー性皮膚炎 2. ぜん息() 4. 金属 5. アルコール 6. 食品() 7. 薬() 8. その他()
大きな病気・手術・輸血等をしたことがありますか？	□ない □ある ()
女性の方	1. 妊娠の可能性 2. 妊娠中(ヶ月) 3. 授乳中
この機会に	1. 悪い所は全て診察してほしい 2. 主訴のみを診察してほしい
ご希望があればチェックしてください	□全て保険診療での治療を希望 □出来るだけ金属を使用したくない □審美性を重視したい 他()
該当するものにチェックしてください	1. たばこ □吸う(本/日・週) □吸わない □吸っていた(歳まで) 2. お酒 □毎日 □時々 □飲まない

「個人情報保護に関する法律」について 保険証のコピーをとらせていただきますが、保険診療請求の手続きにのみ使用します。待合室でお名前を呼ばれたい方はお申し出下さい。

待合室の「治療説明フォルダ」を必ず読んで下さい！

