

フリガナ
お名前 _____ 様 男・女 生年月日 _____ 年 月 日 () 歳
大正・昭和・平成

ご住所 〒 _____
_____ 市 _____ 区

学校・勤務先 _____ 電話 _____
_____ 電話 _____

紹介者 _____ 様

おたずねします。あてはまるところにレ印をつけてください

★どうなさいましたか

- むし歯がある 歯が痛い 歯肉が痛い 腫れた
 血が出る とれた 入れ歯が合わない・破損した
 歯の掃除をして欲しい 歯並びの相談 健診
 その他 ()

★今まで歯科治療で異常はありませんか

- ない 麻酔で気分が悪くなった
 血が止まりにくかった 倒れた
 その他 ()

★現在・以前 (_____ 年前) 病気はありませんか

- ない 糖尿病 心臓 肝臓 胃腸 脳梗塞
 貧血 高血圧 ぜんそく その他 ()
 現在通院中 _____ 病院 _____ 科

★今のんでいる薬はありませんか

- ない ある 薬の名前 ()

★薬の副作用・アレルギーはありませんか

- ない ある 薬の名前 ()

女性の方のみご記入下さい

★妊娠または妊娠の可能性はありませんか

- ない ある (_____ ケ月)

★領収書についておたずねします (但し、いずれの場合も領収書の再発行はいたしません)

- 月末にまとめて領収証を発行して欲しい
 治療の最後にまとめて領収証を発行して欲しい
 毎回領収証を発行して欲しい
 必要ない

★その他お伝えになりたいことがありましたらご記入ください