

ファミリー歯科 診療申込書

ご相談・予約は電話にてお取りください。

0569-73-8299

No.

年 月 日

フリガナ ●氏名	●生年月日	明・大 昭・平	年	月	日
●住所 〒		自宅 携帯			
●勤務先	●職業				
●当院をお知りになった方法は？					
紹介（ご紹介者 _____） ・ ホームページ ・ その他（ _____ ）					

当院ではあなたの健康保持のお役に立ちたいため、  
次の質問にできるだけ正確にお答え下さい。

尚、この調査事項は医学上の事柄ですので秘密を守ることを申しそえます。

◎当てはまるところを○で囲んで下さい。

- 来院された理由は・・・痛いところがある・痛くはないが状態が悪いところがある  
インプラント・歯肉の相談・歯並び・ホワイトニング・検診・その他
- 気になる場所は・・・右上奥・右下奥・上前歯・下前歯・左上奥・左下奥
- 歯科麻酔の経験は・・・ない ある
- 今の健康状態は・・・良好 悪い 妊娠中（      ヶ月） 授乳中
- 歯以外の病気は・・・ない 以前あった ある 通院中（病院名      科）  
心臓・腎臓・肝臓・糖尿・貧血・高血圧・胃腸・花粉症  
ちくのう症・アレルギー・HIV・甲状腺・その他
- 薬のアレルギーは・・・ない ある（      ）
- 現在飲んでいる薬は・・・ない ある（      ）
- タバコは・・・吸わない 過去吸っていたが現在は吸わない 吸う（      本/日）
- 診療に対する希望は・・・保険の範囲に留める・保険を基準にして必要な場合は自費で良い
- 来院しやすい時間は・・・いつでも良い（      ）時頃
- 歯科診療に関してご希望があればご記入ください。（      ）