

平成 年 月 日

# 診療申込書

No. \_\_\_\_\_

フリガナ

大正・昭和・平成

お名前 \_\_\_\_\_ 様 男・女 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日 ( ) 歳  
〒

ご住所 \_\_\_\_\_ 市 \_\_\_\_\_ 区 \_\_\_\_\_

電話 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

学校・勤務先 \_\_\_\_\_ 電話 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

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

★今まで歯科治療で異常はありませんか

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

★現在・以前( \_\_\_\_\_ 年前)病気はありませんか

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

★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

★妊娠または妊娠の可能性はありませんか

- ない
- ある( \_\_\_\_\_ ヶ月)

★領収証についておたずねします(但し、いずれの場合も領収証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

( \_\_\_\_\_ )