

受診申込書

フリガナ

男・女

氏名

明・大・昭・平 年 月 日生

〒

連絡先

住所

会社名

電話 ()

電話 () : 内

1) どうされたのですか?

詳しくご記入下さい

2) 痛みはありますか? ない ある いつごろから? ()

3) 歯を抜いたことがありますか? ない ある いつごろ? ()

4) その時、何か異常はありませんでしたか? ない ある

血が止まらなかった・貧血を起こした・抜歯後腫れた・熱が出た・その他

5) 注射をして異常はありませんか? ない ある

6) 薬を飲んで副作用はありますか? ない ある その症状 胃が痛くなる・かゆくなる・発疹ができる

7) 今何か薬を飲んでますか? ない ある 歯痛止め・その他の薬

8) アレルギーや特異体質ですか? ない ある

かぶれ易い・じんま疹がでる・ぜんそくがある・鼻がつまる・花粉症・その他

9) 内科的な病気はありますか? ない ある 心臓病・不整脈・高血圧・糖尿・肝臓、輸血の有無

10) 他に特別なことはありますか? 妊娠 ヶ月 その他

11) この機会に 悪いところは全部治療希望・今痛むところだけ・応急処置

12) 治療費についてのご希望は?

保険の範囲で直したい・なるべく保険で 保険の利かないところは自費でも構わない・

保険外治療希望

13. 予約日・時間のご希望は? 月 火 水 木 金 曜日 朝 昼 夕 都合が合えばいつでも

14. 当院にご来院されたのは? はじめて / 以前に来た ご紹介者 ()

15 定期検診のご案内を電子メールでお知らせしてよろしいですか? はい いいえ

はい の場合下記をご記入ください。

パソコンのメールアドレス @

携帯電話のメールアドレス @