

診 療 申 込 書



ご記入いただく情報は診療を安全に行うために使用させていただきます。

ふりがな

お 名 前

性 別 男 ・ 女

生年月日 明・大・昭・平 年 月 日生まれ

住 所

電 話

携 帯 電 話

メ ー ル @

今、お困りのことを教えてください

どこが？

どのように？

いつから？

歯の状態により麻酔をしたり、お薬をお飲みいただくことがあります。

また、身体の具合や病気の状態により治療方法を選んだり、薬を控えることもあります。

なるべく詳しくお答えください。

アレルギー体質はありますか？ ある（ ） ・ ない

今までかかったことのある病気についてお知らせください

高血圧 低血圧 糖尿病 脳血管障害 肝臓病 腎臓病 貧血症
喘息 骨粗鬆症 心臓疾患 その他（ ）

薬で副作用が出たことがありますか？ ある（ ） ・ ない

医師から歯科治療についての注意はありましたか？（抜歯はだめなど）

現在の体調はいかがでしょう？

なにか、お薬をのんでいますか？薬の名前を記入してください。

現在の体調はいかがでしょう？ よい やや悪い 悪い（ ）

ご記入ご協力ありがとうございました。

当院は**予約制**となっております。

お電話でのご予約よろしくお願いたします。

ご希望の日程、曜日、時間帯をお知らせください。

可能でしたら、診療申込書を事前にファックスしていただきますと、治療がスムーズに開始できます。（初診時は保険証、のご用意をお願いいたします。）

記入日 年 月 日