

お手数ですが、ご記入をお願い致します (◡◡◡)

ご記入日 年 月

※ご自宅へ定期健診のご案内を郵送させて頂くことができます。

ふりがな

お名前

大正・昭和・平成 年 月 日生

血液型 A B AB O

【ご住所】〒

【勤務先(学校)】

【自宅TEL】 ()

【緊急連絡先TEL・メール】

§ 当医院をどこで知りましたか？(複数でも良いです)

- | | | |
|-------------------|-------------|-----------|
| 1. 看板を見て | 2. 電柱の案内を見て | 3. 電話帳を見て |
| 4. 知り合いに聞いて () 様 | 5. 家族に聞いて | |
| 6. ホームページを見て | 7. その他 () | |

§ 今までにどんな病気をしましたか？

- | | | | |
|------------|--------|-------------------|---------|
| 1. 心臓病 | 2. 高血圧 | 3. 肝臓病 (B型、C型、) | |
| 4. 腎臓病 | 5. 糖尿病 | 6. アレルギー | 7. 特になし |
| 8. その他 () | | | |

§ 現在飲んでいるお薬がありますか？ (ない、ある：)

§ かかりつけの医院はありますか？ ()

§ 薬や食べ物でアレルギーがありますか？ (ない、ある：)

§ 女性の方へ、妊娠している可能性がありますか？ (ない、ある：妊娠 ヶ月)

§ 歯の治療で麻酔の注射を受けたことがありますか？
(ない ある 異常なし、異常あり：)

§ 出血が止まりにくかったことがありますか？ (ない、ある：)

§ むし歯、歯周病(歯槽膿漏)の予防に関心がありますか？ (ない、ある)

§ 治療内容につきまして

-1. 悪い所は全て治したい。
-2. 困っている所だけ治したい。
-1. 健康保険の範囲内で治したい。
-2. 治療によっては多少費用がかかってもよいので、よく相談したい。

§ その他、ご要望等ございましたらお書き下さい。