

診療申込書 (WEB用)

平成 . . . 受付

ふりがな		性別	生年月日	年齢
お名前		男・女	明治・大正・昭和・平成 年 月 日生	才
住所	〒 -			
電話		緊急 連絡先	予約変更など緊急時に連絡のつくお電話番号	

これは治療に際して大切であり、他人に見せるものではありませんので正しく記入してください。
以下、該当するものに ✓ チェックして下さい。

当院へのご来院は？

- 初めて 以前に来たことがある (約 年前)

どうなさいましたか

- 歯が (痛い・しみる・かけた) 入れ歯が合わない、又は入れ歯を作りたい
 歯肉が (痛い・腫れた・血が出る) 歯が抜けたところをなんとかしたい
 つめ物やかぶせ物が (はずれた・壊れた) 歯並びが気になる
 お口の中を検査したい 歯の色が気になる、又は歯の形が気になる
 口腔内清掃、予防をしてほしい (歯石除去・フッ素塗布・歯のみがき方)
 親知らずが気になる

今までに以下の病気にかかったことがありますか

- ない 心臓病 肝臓病 腎臓病 高血圧 糖尿病 ぜんそく
 脳血管系 その他 ()

現在治療中のご病気はありますか

- ない ある (病名)

現在服用中のお薬はありますか

- ない ある (薬品名)

お薬の副作用やアレルギーを起こしたことはありますか

- ない 麻酔 アスピリン ペニシリン その他抗生物質 食べ物

以前、歯科治療時の麻酔で気分が悪くなったことはありますか

- ない ある

現在妊娠中 又は その可能性はありますか？ また授乳中ですか？ (女性のみ)

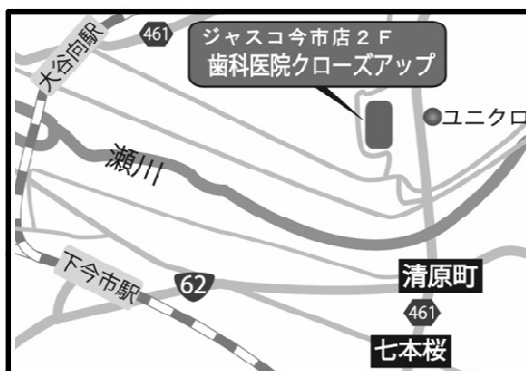
- ない ある (月) 授乳中

当医院を何で知りましたか

- ホームページを見て 看板を見て 電話帳を見て 家族が通院しているので
 知人に紹介されて (お名前)

治療に関してご希望がございましたらお聞かせ下さい。

- 悪いところは全部治したい 痛いところだけ治したい。
 その他 ()



歯科医院クローズアップ

〒321-2414
 栃木県日光市豊田79-1
 ジャスコ今市店2F
 TEL:0288-23-0648
 フリーダイヤル:0120-118-462

ご協力ありがとうございました

医療法人社団 正基会

