

# 診療申込書

記入日 年 月 日

フリガナ お名前	男・女 生年月日 年 月 日 ( 歳)	ご職業
〒 ご住所	自宅電話 ( ) 携帯電話 ( )	
メールアドレス (次回の予約案内を送ります)	@	
ご希望の連絡先に☑をつけて下さい (予約の変更等に使用させていただきます 複数可) <input type="checkbox"/> ご自宅 <input type="checkbox"/> 携帯電話 <input type="checkbox"/> メール <input type="checkbox"/> その他 ( )		
上記の連絡先に定期健診などのご案内をお送りしてよろしいですか (複数可) <input type="checkbox"/> ご自宅 (郵送させていただきます) <input type="checkbox"/> メール <input type="checkbox"/> 希望しない		
通院に便利な曜日と時間帯に☑をつけて下さい	<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 午前 ( 時頃) <input type="checkbox"/> 午後 ( 時頃)	
当院をどのようにしてお知りになりましたか <input type="checkbox"/> 通りがかって <input type="checkbox"/> 看板 <input type="checkbox"/> 電話帳 <input type="checkbox"/> インターネット (HPを見た・その他検索サイトで) <input type="checkbox"/> その他 ( )		
ご紹介頂いた方がいらっしゃいましたらお名前を教えてください ( 様)		

どうなさいましたか (来院の理由) どこが、いつから、どのようになど ご自由にお書きください

最近歯科にかかったのはいつ頃ですか

この機会に 悪い所は全部治したい 気になる所だけ治したい 保険適用外治療も検討したい

その他ご要望などございましたらご記入ください(例:転勤の予定がある・歯を白くしたい・治療での不安など)

当院ではお体の状態にあわせて治療を行います 必ずいずれかに☑をつけて下さい

持病はありますか 特になし 血圧 心臓病 糖尿病 肝臓病 腎臓病  
その他 ( )  
骨粗しょう症 [ 点滴 注射薬 内服薬 ( ) ]

持病のある方はかかりつけ医を教えてください

病院・医院の名前 ( ) 主治医の名前 ( )

手術を受けたことはありますか なし ある 病名 ( ) いつ ( )

飲んでいる薬はありますか なし ある お薬手帳をお持ちの方は提出してください  
薬の名前 ( )

アレルギーはありますか なし ある ( )

女性の方へ 妊娠あるいは授乳中ですか いいえ 妊娠中 ( ヶ月) 授乳中