受診申込書

当院ではあなたの健康保持のお役に立ちたいために次の質問に出来るだけ正確にお答え下さい。
医学上の事柄ですので秘密を守る事を申しそえます。

フリガナ 氏　名	明 大 昭 平　　年　　月　　日生		職業
住　所		TEL	
勤務先	住　所 名　称	TEL	
紹介者　有・無			
※来院の目的 ○歯の治療　○除石 ○歯を入れたい　○その他（検査など）			
※歯を抜いたことは（有・無） （有）抜いた時の異常は（有・無） ○血が止まらない（有・無） ○何日も痛んだ　（有・無） ○貧血を起した　（有・無） ○熱が出た　（有・無）			
※薬の副作用又はアレルギーは 有（どの様な　　） 無			
※最近又は今、内科的な病気になりましたか 有（病名又は部位　　） 無			
※現在妊娠中ですか ハイ　（　　ケ月） イイエ			
※この機会に ○悪い所は全部なおしたい（　　） ○痛んでいるところだけ　（　　）			