

診療申込書

(フリガナ)			
お名前	男	生年月日	(満 歳)
	女	大・昭・平	年 月 日
ご住所	〒		お電話番号 携帯番号 (緊急連絡先として)
ご勤務先 (学校名)		E-mail	

どうなさいましたか 部位 (右・左・前) (上・下)	<input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> 虫歯がある <input type="checkbox"/> 歯ぐきが痛い <input type="checkbox"/> 歯並びが気になる <input type="checkbox"/> 入れ歯の調子が悪い <input type="checkbox"/> 歯石を取りたい <input type="checkbox"/> 検診をしてほしい <input type="checkbox"/> 具体的に ()
当院をお知りになった理由は	<input type="checkbox"/> 紹介者のお名前 : <input type="checkbox"/> 院前を通過 <input type="checkbox"/> 電話帳 <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> その他 ()
現在の健康状態は	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 不良 ※女性の方で <input type="checkbox"/> 妊娠中 (月) <input type="checkbox"/> 授乳中
今までにかかった病気は	<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> 高血圧性疾患 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 骨粗しょう症 <input type="checkbox"/> 虚血性心疾患 <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> 心不全 <input type="checkbox"/> 脳血管障害 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 慢性気管支炎 <input type="checkbox"/> 甲状腺機能低下症 <input type="checkbox"/> 甲状腺機能亢進症 <input type="checkbox"/> 副腎皮質機能不全 <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> 慢性肝臓病 (腎代替療法を行っている) <input type="checkbox"/> B型肝炎・C型肝炎 <input type="checkbox"/> その他 ()
次のようなことがありますか	<input type="checkbox"/> 傷が化膿しやすい <input type="checkbox"/> ジンマシンがやすい <input type="checkbox"/> 湿疹が出やすい <input type="checkbox"/> 喘息がある <input type="checkbox"/> 薬を飲むと胃が悪くなる <input type="checkbox"/> 花粉症である <input type="checkbox"/> 薬過敏 (薬品名:) <input type="checkbox"/> その他 ()
現在飲んでいる薬はありますか	<input type="checkbox"/> 飲んでいない <input type="checkbox"/> 血が止まりにくくなる薬 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症の薬 <input type="checkbox"/> 血圧の薬 <input type="checkbox"/> 糖尿病の薬 <input type="checkbox"/> その他 ()
以前に歯を抜いたことがありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ⇒ その時異常はありましたか? <input type="checkbox"/> 気分が悪くなった <input type="checkbox"/> 血が止まりにくかった <input type="checkbox"/> その他 ()
血圧の状態は	<input type="checkbox"/> 高い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 低い 最高: 最低:
タバコについて	<input type="checkbox"/> 現在吸っている (本/日 年前から) <input type="checkbox"/> 以前吸っていた (本/日 年間)
通院希望日時 (複数チェック可)	<input type="checkbox"/> いつでも <input type="checkbox"/> 平日 (~17時まで) <input type="checkbox"/> 平日 (17時以降~) <input type="checkbox"/> 土曜日

☆女性の方へ 元のお化粧を落としになってお待ちください。