

診療を受けられる方へ

当院では、あなたの健康保持のお役にたてたいと思いますので、
次の質問にできるだけ正確にお答え下さい。

受付 年 月 日

ふりがな 氏名	明・大 昭・平		年 月 日生	職業	
住所	〒			電話	
勤務先	所在地 名称			電話	
紹介者					

どうなさいましたか	歯が痛い・歯ぐきから血が出る・歯を入れない その他()
歯を抜いたことがありますか	ない・ある
その時、何か異常は	なかった・血が止まりにくかった・貧血を起こした その他()
薬を飲んで副作用はありませんか	ない・ある・じんましんが出る・吐き気がする
特異体質やアレルギーはありませんか	ない・ある・かぶれやすい・ぜんそくがある
今迄にかかった病気は	ない・ある (心臓・高血圧・リウマチ・糖尿病・肝炎・腎臓 低血圧・血液疾患・耳鼻・その他())
今何か薬をお飲みですか	飲んでない・飲んでいる
あなたのかかりつけの内科・ 外科等の医師又は病院	
現在の体の調子はいかがですか	普通・疲れやすい・良くない・妊娠 ヶ月
歯科治療に対する御希望	A 悪いところは全部なおしたい B 今痛んでいるところだけなおしたい
	A 健康保険の範囲内でなおしたい B 必ずしもそうでなくてもよい C その他の方法があったら説明を聞きたい
その他、特に承っておく事が ありましたら、お聞かせ下さい。	

デンタルケアクリニックティース天神