

# 診療申込書

ふりがな

記入日 年 月 日 お名前 紹介者(初診の方のみ)

性別	男・女	生年月日	年 月 日	歳
住所	(〒 - )			
当院から連絡可能な電話番号	自宅 ( )		携帯 ( )	
FAX			電子メール	
ご職業			身長・体重	cm kg

以下、□にはレをつけ、数字は○でかこんでください。

どうなさいましたか？	
歯科で麻酔をしたことがありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある 1. 異常はなかった 2. 異常があった( )
歯を抜いたことがありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある 1. 異常はなかった 2. 異常があった( )
現在、歯科以外の病気で通院されていますか？	<input type="checkbox"/> 通院していない <input type="checkbox"/> 通院している 1. 心臓 2. 高血圧 3. 血管 4. 感染症 5. 糖尿病 6. 内分泌疾患 7. 肝臓 8. 腎臓 9. 他( )
今、飲んでいるお薬は？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある お薬手帳をお持ちの方はご掲示ください。ご掲示いただければ下記の記入は不要です。 種類 1. 血液サラサラ(抗凝固薬・抗血小板薬) 2. 骨粗しょう症薬 3. ステロイド 4. その他( )
お医者さんから止められているお薬は？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある 種類( )
アレルギーやじんましの経験は？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある 1. アトピー性皮膚炎 2. ぜん息( ) 3. 金属 4. アルコール 5. 食品( ) 6. 薬( ) 7. その他( )
大きな病気・手術・輸血等をしたことがありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ( )
女性の方	1. 妊娠の可能性 2. 妊娠中( ヶ月) 3. 授乳中
この機会に	1. 悪い所は全て診察してほしい 2. 主訴のみを診察してほしい
該当するものにチェックしてください	1. たばこ <input type="checkbox"/> 吸う( 本/日・週) <input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 吸っていた( 歳まで) 2. お酒 <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> 飲まない

「個人情報保護に関する法律」について 保険証のコピーをとらせていただきますが、保険診療請求の手続きにのみ使用します。待合室でお名前を呼ばれたくない方はお申し出下さい。

