

受診申込書

記入日： 年 月 日 No.

フリガナ お名前		生年 月日	明 大 昭 平 年 月 日 歳	性別	男・女
ご住所	〒 TEL 携帯TEL				
ご勤務先 緊急連絡先	TEL		<input type="checkbox"/> 不在の場合留守番電話に伝言を残してもいい <input type="checkbox"/> 不在の場合家族に伝言をしてもいい		
来院手段	<input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> 単車 <input type="checkbox"/> 車 <input type="checkbox"/> その他 ()				

どうなさい ましたか	<input type="checkbox"/> (歯・歯茎)が痛い <input type="checkbox"/> 入れ歯を入りたいから <input type="checkbox"/> 精密検査・定期健診をしてほしい <input type="checkbox"/> 虫歯治療をしてほしい <input type="checkbox"/> 歯石を取ってほしい <input type="checkbox"/> かみ合わせが良くないから <input type="checkbox"/> 歯槽膿漏を治したい <input type="checkbox"/> 歯を美しくしたい <input type="checkbox"/> つめものが取れたから <input type="checkbox"/> 歯ならびを治したい <input type="checkbox"/> 口臭が気になる <input type="checkbox"/> その他 ()				
当院は初めて でございますか	<input type="checkbox"/> はじめて <input type="checkbox"/> 以前に来たことがある 月位前 年位前				
当院をお知りにな ったきっかけは? (複数可)	<input type="checkbox"/> ホームページを見て <input type="checkbox"/> 建物を見て <input type="checkbox"/> 家族から聞いて <input type="checkbox"/> 紹介カードをもらったから <input type="checkbox"/> 知人から聞いて				
どちら様からの ご紹介ですか	ご紹介者名 () ※会社名等お分かりになる範囲でお願い致します				
現在の体の具合は	<input type="checkbox"/> 特に異常はない <input type="checkbox"/> 妊娠している (月) <input type="checkbox"/> 心臓が悪い <input type="checkbox"/> 薬に対してアレルギーである (薬名:) <input type="checkbox"/> 血圧が高い <input type="checkbox"/> 現在、薬を飲んでいる (薬名:) <input type="checkbox"/> 血が止まりにくい <input type="checkbox"/> 現在、他科の病院にかかっている (病院名:) <input type="checkbox"/> 貧血を起こしやすい <input type="checkbox"/> その他 ()				
過去の病気に ついて	●次の病気にかかったことがありますか <input type="checkbox"/> 血液病 (白血病・その他) <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 肝炎 (A型・B型・C型) <input type="checkbox"/> 胃潰瘍 <input type="checkbox"/> 高血圧・低血圧 <input type="checkbox"/> リウマチ <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 蓄膿症 <input type="checkbox"/> 甲状腺の病気 <input type="checkbox"/> 脳卒中 <input type="checkbox"/> アレルギー体質 (アトピーなど) <input type="checkbox"/> その他 () ●次の薬を使ったことがありますか <input type="checkbox"/> 麻酔薬 <input type="checkbox"/> ピリン系鎮痛剤 <input type="checkbox"/> 抗生物質 <input type="checkbox"/> ステロイド剤 <input type="checkbox"/> その他 () →その時、副作用がありましたか <input type="checkbox"/> あった <input type="checkbox"/> なかった				
来院できる時間帯 や曜日が限られて いる方はご記入下 さい	来院できる時間帯は? <input type="checkbox"/> 午前 時頃 <input type="checkbox"/> 午後 時頃 <input type="checkbox"/> いつでもよい 来院できる曜日は? <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> いつでもよい				
その他、気になる ことやご希望がご ざいましたら何で もご記入下さい					

確認スタッフ名