

初診申込書

パリムデンタルクリニックの初診の趣旨を理解しましたので、初診を申し込みます。

*該当するものに をお願いします

記入日 年 月 日

フリガナ		性別	生年月日
氏名		西暦	年 月 日 (歳)
住所	〒 -		
ご自宅への郵便物送付： <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 個人名なら可 <input type="checkbox"/> 不可			
連絡先	自宅	-	ご自宅への連絡： <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可
	携帯	-	
e-mail	@	勤務先	
どのようにして当院をお知りになりましたか？ <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> Twitter/Facebook <input type="checkbox"/> YouTube <input type="checkbox"/> 知人 (紹介者名：) <input type="checkbox"/> テレビCM <input type="checkbox"/> 書籍 <input type="checkbox"/> その他 ()			

お口のことでお困りの状況や、どこがいつからどうなっているのか等、なるべく詳しくご記入ください。

- ・ご自身の歯は残っていますか？ …… はい (上：約 本 / 下：約 本) いいえ
- ・歯科で麻酔をしたことがありますか？ …… ある なし
麻酔をした時に異常があった方はその症状をご記入ください。()
- ・アレルギーや特異体質はありますか？ …… ある () なし
- ・現在病院に通っていますか？ …… はい (病名：) いいえ
- ・現在服用している薬はありますか？ …… ある (服用薬：) なし
- ・今までにかかった病気はありますか？ …… ある なし
かかった病気に○をお願いします。(心臓病・高血圧・低血圧・血液疾患・消化器疾患・糖尿病
肝臓病・リュウマチ・癌・自律神経失調症・甲状腺機能亢進症・その他)
- ・〈女性の方〉現在妊娠していますか？ …… はい (週目) いいえ わからない
- ・喫煙されますか？ …… はい (1日約 本) いいえ
- ・最近 歯科にかかったのはいつですか？ …… 年 月頃 わからない
- ・ご希望の治療をお選びください。(複数選択可)
 上下総入れ歯 上または下の総入れ歯 部分入れ歯 噛み合わせ どうしていいかわからない

ご希望やお悩みなど自由にご記入ください

例：全ての歯を抜いて総入れ歯だと言われたが、歯を抜くのが怖いので静脈内鎮静法の無痛抜歯を希望。

例：残っている歯が少ないので、部分入れ歯にするか、歯を抜いて総入れ歯にするか迷っている。

例：まだ若くて歯もたくさん残っているが、虫歯も多く見栄えも悪いのでどうしていいかわからない。

パリムデンタルクリニック

FAX 06-7635-7645

〒560-0021 大阪府豊中市本町2-4-2 大前ビル3F TEL 06-6844-4618