相談初診申込書

パリムデンタルクリニックの相談初診の趣旨を理解しましたので、相談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 一					
ご自宅への郵便物送付: □ 可 □ 個人名な	なら可	□不可			
自宅	••••••	ご自宅への	の連絡:	□可	□不可
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? □ホームページ □ Twitter/Facebook □Y □テレビCM □書籍 □その他(ouTube	□知人(紹	介者名:)
・ご自身の歯は残っていますか?・・・□に	`		′下:約	本)	□いいえ
・歯科で麻酔をしたことがありますか? ・・・ □ <i>あ</i> 麻酔をした時に異常があった方はその症状をご	_	なし)
・アレルギーや特異体質はありますか? · · · □ b)	 □なし
・現在病院に通っていますか?・・・・□は	はい(病名	:)	□いいえ
・現在服用している薬はありますか? · · · □ <i>b</i>	5る(服用	薬:)	□なし
・今までにかかった病気はありますか? ・・・□ あ かかった病気に○をお願いします。 (心臓病 肝臓病・リュウマチ・	・高血圧・	低血圧・血液			
・ 〈女性の方〉現在妊娠していますか? ・・・□に					
・喫煙されますか? · · · □ に	•	•			, 13 · J· & V ·
・最近 歯科にかかったのはいつですか?・・・					

パリムデンタルクリニック FAX 06-7635-7645

