

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、予診票を記入し初診を申し込みます。

予診票		記入日	年	月	日
ふりがな	性別	生年月日			
氏名	男・女	西暦・T・S・H 年 月 日 (歳)			
住所		携帯番号			
〒 —		— —			
		メールアドレス			
自宅 TEL — —		@			
勤務先	ご自宅への郵送物送付		ご自宅への TEL		
	可・個人名なら可・不可		可・不可 ()		
どのようにして当医院をお知りになりましたか？					
紹介(紹介者名) ・ ホームページ ・ テレビ ・ 書籍 ・ その他(

お口の中でお困りの事を、どこがいつからどうなっているのか、なるべく詳しくご記入ください。

- ご自分の歯は残っていますか？ いいえ ・ はい(上顎約 本 下顎約 本)
- 歯科で麻酔をした事がありますか？ ない ・ ある(そのとき異常はありましたか？ ない・あった)
- アレルギーや特異体質はありますか？ ない ・ ある
- 現在病院に通っていますか？ 通っていない ・ 通っている(病名は何ですか？ 病名)
- 現在服用している薬はありますか？ ない ・ ある(服用薬)
- 今までにかかった病気はありますか？ある方○をつけてください。
- (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・自立神経失調症・甲状腺機能亢進症・その他)
- 女性の方へ 妊娠されていますか？ いいえ ・ はい (月) ・ わからない
- 喫煙されますか？ しない ・ する(1日 本位)
- 最近歯科にかかったのはいつですか？ 年 月頃 ・ 現在通っている
- 上下総義歯の治療を希望していますか？... 希望している ・ 相談のうえ検討したい ・ 上または下の義歯で考えている

希望等ありましたら、自由にお書きください。