マウスピース初診申込書

パリムデンタルクリニックのマウスピース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：　☐ 可　　☐ 個人名なら可　　☐ 不可			
連絡先	自宅	－　　－	ご自宅への連絡：　☐ 可　☐ 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？
☐ホームページ　☐書籍　☐ Twitter/Facebook　☐YouTube　☐テレビCM
☐知人（紹介者名：　　）☐その他（　　）

お悩み・お困りごと、抱える体調不良などをご記入ください。

・ご自身の歯は残っていますか？　・・・☐はい（上：約　　本／下：約　　本）☐いいえ
・部分入れ歯等はありますか？　・・・☐なし　☐ある（　　）
・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

パリムデンタルクリニック　Parim Dental Clinic　**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