

再初診申込書

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、再度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

現在のお口の状況や変化、検討していることなどご記入ください。

- ・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

ご希望など自由にご記入ください

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