自宅送迎つき専用　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	〒　　－　　※送迎対象エリアにお住まいの方に限ります		

◆自宅前に送迎車が横付け・待機できる広いスペースがありますか？・・・ はい ・ いいえ

いいえ の方は自宅近くで送迎車が待機できる場所をご記入ください。

（例）コンビニ・普段タクシーを呼ぶ場所　　（　　）

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	－　　－	※予約当日に連絡がつく番号をご入力下さい ※当日の状況によりドライバーからお電話する場合があります
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　☐YouTube　☐知人（紹介者名：　　）

☐テレビCM　　☐書籍　　☐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