

お名前 <small>ふりがな</small>	様	生年月日 (西暦 年) 月 日 才 昭・平
ご住所(自) <sup>〒</sup>		TEL
		TEL
E-mail		

下記の質問にお答え下さい。また、印をつけてください。

1. 当歯科クリニック	初めて・再来院 ( 年 月頃)
2. 当歯科クリニックをどうしてお知りになりましたか	1. 他の歯科医師からの紹介 (紹介状 あり・なし) 2. 医師からの紹介 (紹介状 あり・なし) 3. 親族、知人からの紹介 ( 様) 4. その他 ( )
3. 歯科以外で現在の健康状態は	異常ない・治療中 (病名 病院名 )
4. 次にあげる病気にかかったことがありますか	はい・いいえ 高血圧症・狭心症・心筋梗塞・糖尿病・リウマチ・肝臓病・血液疾患 脳疾患・甲状腺疾患・神経疾患・その他 ( )
5. 血圧は (分かる方はご記入下さい)	正常・高い・低い・不明 最近測定した血圧 ( 年 月頃) 最高血圧 / 最低血圧 mmHg / mmHg
6. 現在肝炎の治療を受けていますか	はい・いいえ
7. 過去に肝炎にかかったことはありますか	はい・いいえ
8. ご家族で肝炎にかかった方はいますか	はい・いいえ
9. 手術など際、輸血を受けたことがありますか	はい・いいえ
10. 現在、常用している薬はありますか	はい・いいえ (はい)と答えた方: 薬剤名( )
11. アレルギー体質の有無	はい・いいえ (はい)と答えた方: 薬剤名( ) その他 ( )
12. 歯科の治療時に麻酔を受けたことがありますか	はい・いいえ (はい)と答えた方: ( 年 月頃)
13. その際に、気分が悪くなるなどの異状はありましたか	はい・いいえ
14. けがをした時・歯を抜いたときに出血が止まらなかったことがありますか	はい・いいえ
15. 現在妊娠中ですか	はい・いいえ
16. 歯科以外のかかり付けの医師はいますか 医院名・医師名・電話番号	( ) ( )
17. 何か、ご要望があれば、お書き下さい。 例) 歯科治療の際に削る音が怖い。麻酔で気分が悪くなる。	

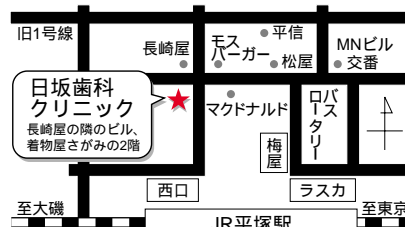
日坂歯科クリニック 0463-22-6480 (ムシバゼ口)

〒254-0043 平塚市紅谷町14-20-2階

診療時間 / 平日 10:00 ~ 22:00 土・日 10:00 ~ 18:00

休診日 / 祝祭日

最寄駅 / JR平塚駅 北口、西口よりすぐ



(PAT. 出願中)