

フリガナ お名前	男・女	生年月日 明・大・昭・平	年 月 日生 才
ご住所 〒	電話		
お勤先 / 御職業	電話		
E-mail	フリガナ 紹介者名		様

予約変更、確認などこちらから連絡する場合がありますので、必ずご連絡のとれる番号をご記入ください。

あなたの健康状態や現在の状況などについておたずねします。これは診療上、大変に重要な事です。あなたのプライバシーは厳守いたします。また、診療目的以外には使用いたしません。お答えは でかこんで下さい。

【1】 前回来院されてから今までに体調の変化などがありましたら、ご記入ください。

【2】 現在、歯科以外の医師にかかっていますか。

はい (病名: _____ 病院名: _____) いいえ

【3】 現在、続けて飲んでいる薬はありますか。

はい (薬剤名: _____) いいえ

【4】 過去3ヶ月以内に他の歯科医院を受診されたことがありますか。

はい (_____) いいえ

【5】 過去1年以内に他の歯科医院で義歯(入れ歯)を作製したことがありますか。

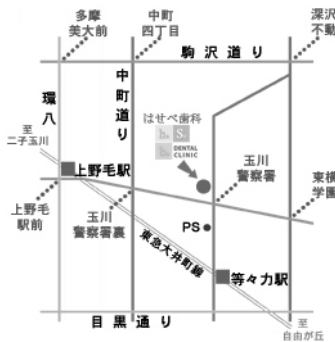
はい (いつ頃: _____) いいえ

【6】 診療に対してのご希望がありましたらご記入下さい。

以上、確認して署名します。

年 月 日 ご署名

ありがとうございました



はせべ歯科 03-5706-2500

東京都世田谷区中町 3-1-22 タミーズワン 1F

診療時間 / am 9:00 ~ pm 1:00 pm 2:00 ~ pm 6:00

土曜日は pm 5:00 まで

休診日 / 木曜 日曜 祝祭日

最寄駅 / 東急大井町線 等々力駅

(PAT. 出願中)