

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。

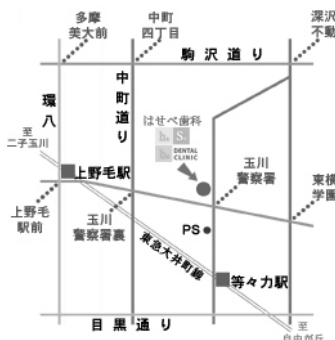
あなたの健康状態や現在の状況などについておたずねします。これは診療上、大変に重要な事です。あなたのプライバシーは厳守いたします。また、診療目的以外には使用いたしません。お答えは でかこんで下さい。

- 【1】 次の病気にかかったことがありますか。
 心臓病、 高血圧、 低血圧、 血液疾患または貧血、 結核、 アレルギー、 肝臓病 (肝炎、 黄疸)
 腎臓病 (透析 有 / 無)、 胃潰瘍、 糖尿病
 上記以外の病気、 事故、 又は体調の変化などありましたら記入して下さい。
 その他 () いろいろ
- 【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:) いろいろ
- 【3】 現在、 続けて飲んでる薬はありますか。
 はい (薬剤名:) いろいろ
- 【4】 使用に際して注意しなければいけない薬はありますか。
 はい (薬剤名:) いろいろ
- 【5】 歯科で麻酔 (局部麻酔も含む) をして治療を受けたことがありますか。 はい いろいろ
 その時、 気分が悪くなるような事がありましたか。 はい いろいろ
 麻酔はよく効きましたか。 はい いろいろ
 痛み特に敏感ですか? はい いろいろ
 けがなどをした時に血が止まりにくかった事がありますか。 はい いろいろ
 ご家族の中で血が止まりにくい人がいますか。 はい いろいろ
- 【6】 該当者 (女性) のみお答え下さい。
 現在、 妊娠していますか。 はい (月) いろいろ
 生理は順調ですか。 はい いろいろ
 出産後 (月) いろいろ
- 【7】 その他、 体質的に特に注意している事がありますか。
- 【8】 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 () いろいろ
- 【9】 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:) いろいろ
- 【10】 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