

受診申し込みカード

フリガナ

ご氏名: 年齢: 歳 性別: 女・男 未婚・既婚

ご住所: 〒

電話番号: () - 携帯番号: -

生年月日: 大正・昭和・平成 年 月 日 生 職業:

血液型: A・B・AB・O 身長: センチ 体重: キロ

喫煙: しない・する 飲酒: 呑まない・時々・毎日 精神的ストレス: 多い・少ない・ない

食欲: 旺盛・普通・ない 手足が冷える: はい・いいえ 睡眠: 眠れる・普通・眠れない

1) お口の症状はどんな具合ですか? それはいつ頃ですか?

(痛い 腫れている 動いている 臭う しみる 口が開かない 噛めない)

(その他)

2) お身体のご病気で今までに何か治療を受けていますか? 該当する項目に○で囲んで分かる範囲でお知らせ下さい

(ない / ある)

高血圧 糖尿病 脳血管障害 心臓病 不整脈 ぜんそく 慢性気管支炎

甲状腺機能異常 副腎皮質機能障害 てんかん 自律神経失調症 心身症

自己免疫疾患 骨粗鬆症 人工透析 肝炎 その他

かかりつけ病院・診療所

主治医名

3) ご病気のために常用しているお薬がありますか?

(ない / ある)

4) 過去に臓器移植 血液製剤投与 輸血を受けたことがありますか?

(ない / ある)

5) 歯科の治療中に異常が出たことがありますか?

(ない / ある)

6) けがや歯を抜いた後で出血が止まらないことがありましたか?

(ない / ある)

7) ご本人 ご家族にアレルギー お薬の副作用の経験がありますか?

(ない / ある)

8) これまでに肝炎や結核 性感染症を指摘されたことがありますか?

(ない / ある)

9) 治療に際して希望されることをご自由にお書き下さい

(今 悪いところだけ・悪いところは全て治しておきたい)

10) 当院へご来院頂いたきっかけを教えてください

(様よりご紹介 電話帳 ホームページ 道路標示 通行人)

11) ご婦人の方はお知らせ下さい

生理中: (日 日)

妊娠中: 第 週 (出産予定日 年 月 日頃)

授乳中: 生後 ヶ月 (赤ちゃんにアレルギー なし・あり)