

WEB診療申込書

来院日 年 月 日

氏名 男・女 大正・昭和・平成 年 月 日生 歳 血液型 型

住所 〒 -

TEL

勤務先又は連絡先 TEL

紹介者 様・インターネット・その他

どうなさいました? 虫歯の治療がしたい 検査をして欲しい
入れ歯を作りたい 詰め物・かぶせ物が取れた
歯を清掃して欲しい 腫れた その他()

注射をして異常はありませんか? ある ない

歯を抜いたことがありますか? ある ない
ある場合 (血が止まりにくかった・貧血を起こした・熱が出た)

内科的な病気はありますか? 心臓病 肝臓 腎臓 糖尿
胃腸 ぜんそく アレルギー(食物・金属)
高血圧 低血圧 精神神経的疾患
免疫不全 膠原病 帯状疱疹
カンジダ症 HIV陽性 AIDS
(上 mmHG 下 mmHG)
その他 ない

肝臓・腎臓が悪いといわれたことか あり ない
ありますか? ある場合(本人・家族) 病名()
(又はご家族が言われた)

現在通院中ですか? はい 病院名() いいえ

現在薬を飲んでいますか? はい 薬品名() いいえ

あなたの体に合わない薬が あり ない
ありますか? はい 薬品名()
いいえ

輸血を受けたことがありますか? ある ない

血が止まりにくいですか? はい いいえ

現在妊娠していますか? はい (ヶ月) いいえ
(女性のみ) 可能性がある

診療についてご希望はありますか 全て保険の範囲で治療したい 相談して決めたい

歯の治療についてご希望があればお書き下さい。