

こちら宛に FAX でお送りください

FAX : 0 2 8 8 - 2 1 - 0 8 4 4 こばやし歯科医院宛

平成 年 月 日

診療を受けられる方へ

ふりがな

お名前 _____ 男・女 _____ ご職業 _____

生年月日 明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平 _____ 年 _____ 月 _____ 日 生まれ (_____ 才)

住所 〒 _____

電話番号 _____ - _____ FAX 番号 _____ - _____

1. 現在、どんな症状がありますか？

〈入れ歯〉・入れ歯が合わない ・入れ歯が壊れた

〈歯〉・虫歯の治療をしたい ・つめた物が取れた ・歯がしみる ・痛い (何もしなくても痛い・噛むと痛い)

〈歯茎〉・出血する ・腫れている ・痛い

〈その他〉・定期検診 ・クリーニング ・インプラント ・歯並びが気になる ・口臭が気になる

〈上記以外〉 _____

2. 今まで次の病気にかかったことがありますか？

・心臓疾患 ・肝臓疾患 {B型・C型・その他 (_____)} ・胃腸疾患 ・梅毒

・血液疾患 ・高血圧 ・糖尿病 ・てんかん症 ・リュウマチ ・その他 (_____)

3. 現在飲んでいる薬はありますか？ (なし・ある → _____)

4. 薬やその他のアレルギーはありますか？ (なし・ある → _____)

5. 以前にご自宅で治療を受けたことはありますか？ (なし・ある → _____)

6. 現在、ご利用している施設はありますか？ (なし・ある → _____)

7. 現在、かかりつけの医院はありますか？ (よい・よくない→ _____)

8. 要介護認定は受けていますか？ (なし・ある →要支援 1・2 要介護1・2・3・4・5)

ご協力いただきありがとうございます。

こばやし歯科医院 TEL:0 2 8 8 - 2 2 - 0 3 0 3