

# 診療申込書

## 鈴木歯科医院

記入日： 年 月 日

千葉市稲毛区小仲台 2-5-3 稲栄ビル 6F

TEL: 043-255-8847

1. 主訴・どうなさいましたか？

2. 前回、歯科にかかれたのは 年 月頃  
当院 ・ 当院以外

3. 健康記録

- 現在医者にかかられていますか？ いいえ ・ はい(病名 )
- 服用中の薬はありますか？ なし ・ あり(薬名 )
- 特に過敏なものはありますか？ なし ・ あり( )
- 血が止まりにくいですか？ いいえ ・ はい
- 女性の方は、現在妊娠中ですか？ いいえ ・ はい( 月)
- たばこを吸いますか？ いいえ ・ はい(1日 本)
- 次の病気にかかれたことはありますか？

心臓病・肝臓障害・腎臓障害・糖尿病・高血圧・低血圧・神経痛・胃腸障害  
その他( ) ・ 特になし

4. 治療に対する希望

ふりがな

生年月日

氏名 \_\_\_\_\_ 男・女 年 月 日 ( 歳)

現住所 〒 \_\_\_\_\_

TEL \_\_\_\_\_ 携帯 \_\_\_\_\_

メールアドレス \_\_\_\_\_

当院からメールをお送りしてもよろしいですか？ ( 可・不可 )

★当院をお知りになった方法

紹介(紹介者名 \_\_\_\_\_) ・ インターネット ・ 看板 ・ その他( \_\_\_\_\_ )

ご協力ありがとうございました