

はじめて診察を受けられる方へ

記入年月日 平成 年 月 日

住所 〒 —	フリガナ
	氏名
電話 () —	男/女 生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 歳

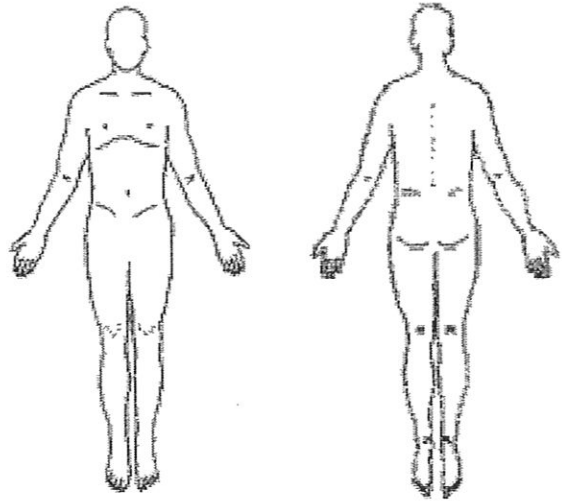
◇いつ頃から、どのような症状がありますか？

いつ頃から：

症状：

◇症状のある部分に○をつけてください

右 左 左 右



* 労働中の事故ですか？ はい ・ いいえ

* 交通事故ですか？ はい ・ いいえ

◇今まで手術を受けたり、大きな病気、入院をしたことがありますか？

ない ・ ある【

◇現在治療中の病気はありますか？

ない ・ ある { 高血圧・心臓病・ぜんそく・肝臓病・腎臓病・糖尿病・脳梗塞
その他 () }

◇現在使用している薬はありますか？

ない ・ ある 【薬品名：

⇒ お薬手帳をお持ちの場合は 受付 へお出しください

◇薬や注射で気分が悪くなったり、じんま疹がでるなどのアレルギー症状を起こしたことはありますか？

ない ・ ある 【ピリン・局所麻酔・抗生物質・その他 ()】

◇歯科医院での治療で意識がなくなったり、じんま疹がでたことがありますか？

ない ・ ある

◇女性の方、妊娠中でしょうか？

いいえ ・ 妊娠中 (月) ・ 授乳中 ・ わからない

◇当院をどのように知られましたか？

インターネット・広告・知人の紹介・近所・看板・その他 ()