

診療申込み用紙

ふりがな				
氏名				
生年月日	(M・T・S・H)	年	月	日(歳)
住所	TEL			
Email address				
勤務先	TEL			

当医院の個人情報保護については院内掲示をご覧ください

1 どうなさいましたか

- 虫歯がある、または痛い
- 歯ぐきが腫れている、または痛い
- つめものがとれた
- 外観改善
- 歯の清掃
- 定期健診
- おやしらずについて
- その他 → ()

2 いままで下記の疾患にかかったことがありますか

- 心臓病 高血圧 糖尿病
- ぜんそく 血液疾患 肝炎

胃または腸の病気

その他、伝えておきたい疾患はございますか

()

3 その他薬などの特異体質はございますか

- ない ある

4 歯の麻酔は受けたことがありますか

- ない ある

その時、異常はありましたか

- ない ある

5 (女性の方に) 現在、妊娠中ですか

- いいえ はい

6 当歯科医院はどのように知りましたか

- 紹介により → 紹介者様は ()

職場が近い

インターネット関係

その他 → ()

7 当歯科医院のホームページをご覧になりましたか

- ない ある

8 そのほかにご希望があればご記入ください

日比谷通りデンタルクリニック

■ 診療時間

平日 午前 9:00 ~ 13:00

午後 14:00 ~ 19:00

土曜 午前 9:00 ~ 13:00

休診日 日曜・祝日

■ 所在地

〒105-0003

東京都港区西新橋 2-8-4 寺尾ビル 1F

■ 電話番号

TEL 03-3591-4090

