

# 診療申込書・問診表

ふりがな			
お名前	様		明治・大正 昭和・平成 年 月 日生
ご住所	〒 ー ☎ご自宅 ( ) ☎携帯 ( )		
勤務先	ご職業	名称	有( ) ご紹介者 無
	☎職場 ( )		

● どうなさいましたか？（主訴は ( )

● 現在治療中の病気や  
服用中の薬があります ①なし ②あり ・ 病名 ( )  
・ お薬 ( )

● アレルギーや感染症の有無 ①なし ②あり ( )

● 以前麻酔やお薬で具合が  
悪くなった事があります ①なし ②あり（薬品名 ( )

● その他特記事項 ①ご妊娠の可能性：なし・あり（妊娠 月）※女性の方のみ  
②その他 ( )

● 治療範囲について ①主訴のみ ②悪いところは全部 ③定期健診・その他 ( )

● 診療に対するご希望について ①保険診療のみ ②相談で決める ③多少費用をかけても良い(自由診療)

● その他ご要望など  
ありましたらお書きください ( )

● 当医院を何で知りましたか？ ①広告 ②看板 ③ホームページ ④知人の紹介や勧め  
⑤住居・職場に近い ⑥通りがかり ⑦その他 ( )

## しまむら歯科