

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



星野歯科医院

■ 診療時間 平日・土曜

午前 9:00 ~ 13:00

午後 14:30 ~ 18:30

休診日 日曜・祝日

■ 所在地

〒105-0003

東京都江戸川区鹿骨 5-20-9

■ 電話番号

TEL 03-5243-0080