

新患申し込み問診用紙

受付 年 月 日 担当スタッフ

申込者	家族(父・母・兄弟・祖父母)・施設職員・他		
フリガナ			
患者氏名			
生年月日	明・大 昭・平	年 月 日	男・女
患者住所	〒		
電話番号	自宅または携帯		
	自宅 FAX	携帯	
学校・施設等	通学・寮・入所・通所		
主訴			
歯科通院経験	有・無		
受診時の状況			

全身症状について

①原病・障がい	
こだわり、性格等	
②てんかん発作	有・無
③服用中の薬	有・無
	「有」とお答えした方は次を記入してください。 薬品名:
④心臓・肝臓等の疾患	有・無
⑤アトピー・喘息	有・無
⑥アレルギー	有・無
⑦血圧	有・無
⑧手術	有・無
その他の情報	

希望の曜日	月・火・水・木・金・土
予約日	月 日 曜日 時 分～
希望ドクター	
お持ちいただくもの	保険証・受給者証・お薬手帳・生保
問診表の提出方法	FAX・郵送・来院時