

①受診される本人様(又は保護者様)の御署名

記入年月日

ご連絡先

電話番号()

—

令和 年 月 日

携帯番号()

—

氏名

様

E-Mailアドレス

@

〒□□□-□□□□

(保険証に未記載の方) 現住所

☆ 当てはまる□と◇に✓を入れて下さい。お答えは省かずにできる限り詳しくお願い致します
☆ ご面倒ですが、(年月、状況等)書き伝える事も、詳しくお願いします

★マイナ保険証による診療情報取得について □同意する □同意しない

②来院は
③来院の理由は?
④気になる箇所は?
⑤痛みがある いつから?
⑥痛みはないが不快を感じる
⑦最後の歯科受診は?
⑧歯科治療での異常は?
⑨薬の副作用の経験は?
⑩特異体質、アレルギーは
⑪現在通院治療中の医科は
⑫現在通院中の方の医療機関名は?
⑬現在お薬を服用中の方
⑭治療希望の範囲(期間)は?
①治療希望の費用について