

もんしんひょう

平成 年 月 日

ふりがな 氏名	生年月日 年 月 日(才)
住所 〒 ()	携帯電話 - -
かかりつけ内科	()
当院への紹介者	

来院された主な理由

虫歯の治療 歯並びをきれいにしたい 歯石をとってほしい
検診 その他()

現在、病院にかかっていますか？

はい (病院名)
いいえ

現在、飲んでいるお薬がありますか？

はい (薬名)
いいえ

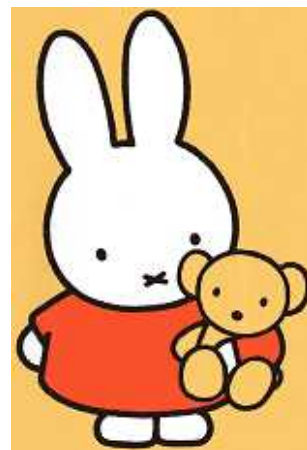


Illustration Dick © Copyright Mercis by1986

今まで次のような病気になったことがありますか？

心臓病 腎臓病 肝臓病 ぜんそく
血液疾患 糖尿病 アトピー その他()

今までに薬物によって異常な反応(副作用・アレルギー)がありましたか？

はい (薬品名)
いいえ