

# 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

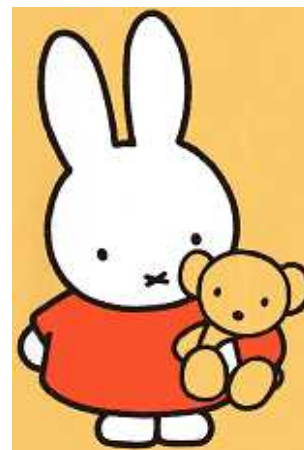


Illustration Dick © Copyright Mercis by1986

## 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