うめむら歯科医院　　令和　　年　　月　　日

診療申込書

ふりがな
お名前　　職業

生年月日　H S T　　年　　月　　日生　（　　才）

〒
住所

電話（ご自宅）　　（携帯）

メールアドレス
（臨時休診日のお知らせや、ご予約日時の確認等をメールにてご案内させて頂きます）

いかがされましたか？

治療に対するご希望などございますか？

現在および今迄に、かかった病気や手術がありましたら教えて下さい
□ ない　□ 脳卒中　□ 肝炎（　　型）　□ 心臓病
□ 腎臓病　□ 糖尿病　□ 骨粗しょう症　□ 甲状腺
□ 自己免疫疾患　□ 精神・神経疾患　□ 腫瘍（良性・悪性）
□ 潰よう（胃･十二指腸）　□ ゼンソク　□ リューマチ
□ 高血圧（　　／　　）　□ 結核　□ ＨＩＶ
□ その他（　　）

女性の方へ、現在妊娠中または妊娠の可能性がありますか？
□ ない　□ 可能性がある　□ 妊娠（　　ヵ月）

来院のきっかけを教えて下さい（複数可）
□ 家族の紹介　お名前　　様　（ご関係　　）
□ 友人・知人の紹介　お名前　　様　（ご関係　　）
□ 近いから　□ インターネット・ＨＰ
□ その他（　　）