

5. からだの状態について。

① いままで、次の病気をした事がありますか。(複数回答可)

循環器疾患(高血圧・貧血・脳・心臓・ペースメーカー装着)

糖尿病、腎臓病、喘息、じんましん

その他( ) 病院名・主治医名・電話番号( )

② 何か特定の薬を服用されてますか

例( ①抗生剤 ②カゼ薬 ③抗うつ薬 ④抗バセドウ病薬  
⑤血の流れをサラサラにする薬(アスピリン・ワーファリン他) ⑥その他 )

③ 女性の方で、現在妊娠していますか?

①はい( 月・予定日 ) ②いいえ ③わからない

6. 当院に来院された理由を御教え下さい。

①以前に通院していた。(平成 年頃)

②人から紹介された。(紹介者のおなまえ )

③評判を聞いた。

④通院に近くて便利だから。

⑤インターネット案内を見た。

7. 当院では、口腔内の健康を守るために定期検診をしています。

希望される方には定期検診の案内を後日郵送致します。

希望する しない

## 院長からのお願い

保険診療の明細のわかる領収書の件について、毎月末に、1回の合計額の発行とさせて頂きたいと考えております。宜しく御協力お願い致します。

平成 年 月 日

署名

〒561-0832 豊中市庄内西町2丁目4番3号 庄内駅前ビル2F

電話：06-6336-2261 E-mail：katsu-ok@mist.ocn.ne.jp

日本臨床歯周病学会歯周病認定医

岡本歯科医院 院長 岡本 克彦