

# もんしんひょう

令和 年 月 日

ふりがな	生年月日
氏名	平・令 年 月 日(才) 男 / 女
〒 - 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

- ①虫歯の治療      ②歯並びをきれいにしたい      ③歯石をとってほしい  
④検診      ⑤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

## ☆今まで次のような病気になったことがありますか？

- ①心臓病      ②腎臓病      ③肝臓病      ④ぜんそく  
⑤血液疾患      ⑥糖尿病      ⑦アトピー      ⑧その他 ( )

## ☆食べ物・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 (食べ物・薬品名 )  
いいえ