

## 医療面接表

FAX:03-5386-0513

フリガナ		男 ・ 女	歳	M・T・S・H	年	月	日
氏名			未婚・既婚	/出産経験 有・無			
住所	〒			職業(以前の職業):			
電話		携帯					
FAX		身長:	cm	体重:	kg		
病院名	病院		科				
※あくまでも当院はセカンドオピニオンとして、検査・治療は上記病院で必ず継続してください。							

1.病名が分かればお書き下さい

2.いつ頃から、どこがどのように悪いか、具体的にお書き下さい(必ずご記入下さい)

3.今までにかかった病気があればお書き下さい(アレルギーなど)

4.インプラントについて

上顎( )本、下顎( )本・インプラントなし

5.病気になる前の食生活について

**病気になる前の食生活**

1)肉、魚について

肉が多い・魚が多い・両方同じくらい食べる・肉も魚も食べない

2)乳製品について

食べない・少し食べる・食べる・よく食べる → 内容( )

3)主食について

白米・玄米・パン・その他( )

4)アルコールについて

ビール( )本/日・日本酒( )合/日・その他( )

5)タバコについて

吸わない・吸う→( )本/日

5.両親がかかったことのある病気があればお書き下さい

父( ) 母( )

6.漢方や氣功についてどのように考えておられますか

7.どなたから紹介されましたか

※予約のある方 月 日 診察予約

※当日は、服用しているお薬とお水は必要ございませんので、お持ちにならないようお願い致します。