

<p>8 現在歯以外の病気で治療を受けていますか</p>	<p><input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい 病院名: _____ 担当医: _____ 先生</p>
<p>9 薬を服用して異常はありますか</p>	<p><input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい 発疹ができる／胃が痛くなる／かゆくなる 薬の名前が分かる方はご記入下さい</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>
<p>10 現在服用している薬はありますか</p>	<p><input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある 風邪薬 / 高血圧の薬 / 抗生物質 痛み止めの薬 / 血液をサラサラにする薬 その他 ※薬の名前が分かる方はご記入ください</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>
<p>11 女性の方のみお答え下さい 現在妊娠していますか</p>	<p><input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> はい(ヵ月) <input type="checkbox"/> 授乳中</p>

12 その他、診療に際して特に気をつけてほしい事項等がありましたらお書き下さい

ご協力ありがとうございました