

予 診 表

受付 年 月 日

ふりがな 氏名 男 女 大・昭 平・令 年 月 日生(才)

現住所 Tel

連絡先 血液型 型

次のことにお答え下さい。(該当を○で囲んでください。)

1) 本日来院された主な理由

- ①歯が痛い ②はれている ③歯ぐきから血が出る ④虫歯がある
⑤かぶせているもの(銀歯等)がとれた ⑥入れ歯を入れたい ⑦歯石を取りたい
⑧しみる(熱いもの、冷たいもの、甘いもの) ⑨口臭が気になる ⑩歯並びが悪い
⑪その他()

2) 抜歯をしたことはありますか ある ない

ある方は何か異常はありませんでしたか

- ①特に何もなかった ②血が止まりにくかった ③貧血をおこした
④その他()

3) 現在からだのどこかに病気はありますか

- ①糖尿病 ②心臓病 ③肝臓病【肝炎(A型 B型 C型) その他】 ④腎臓病
⑤貧血症 ⑥低血圧 ⑦高血圧 ⑧その他()

現在通院中の病院名(病院・医院 先生)

4) 現在飲んでいる薬はありますか ある ない
どんな薬ですか()

5) アレルギーはありますか
ある【薬(その他())】 ない

6) 女性の方へ
現在、妊娠中又は授乳中ですか はい いいえ
(妊娠 ヶ月、授乳中)

7) 治療費についてご希望はありますか。
①保険の範囲内で治したい ②相談の上、自費も検討したい

8) 当院は何で選ばれましたか
①自宅・会社が近所 ②雑誌・チラシ ③御紹介(様) ④その他()

当院では治療前に衛生士によるハブラシ指導を行っております。
多少、お時間を頂きますが、ご了承下さい。