

予 診 表

当院では患者様の健康保持と責任ある治療を行うため、病状やご要望のチェックをいたしますので、お手数ながら下記質問にお答えください。(該当する項目を全て☑して下さい。)

フリガナ	
氏 名	
自 宅 住 所	〒
電話番号	
携帯電話	

勤務先名	
勤 務 先 住 所	〒
勤務先電話	
E-mail	

当院におみえになったのは _____
はじめて 前に来たことがある 月前 年前

当院を知った理由は _____
紹介を受けて (ご紹介者名 _____) ホームページを見て (_____)
建物の看板を見て 地下鉄構内の看板を見て
電話帳を見て その他 (_____)

どうなさいましたか _____
歯が痛い 虫歯がある 歯並びを直したい 審美歯科について相談したい
歯が動く 歯茎が腫れた 検査をしてほしい つめたもの・かぶせたものがはずれた
口臭が気になる 顎関節が痛い さし歯を入れたい 冷たいもの又は熱いものがしみる
ホワイトニング (歯を白くしたい) インプラントについて相談したい
汚れや歯石をとってほしい 入れ歯が合わない 入れ歯を新しくしたい
いびきの治療をしたい その他 (_____)

歯を抜いたことがありますか _____
ない ある 月前 年前

その時何か異常はありませんでしたか _____
ない 貧血をおこした 麻酔がききにくかった 気分が悪くなった 熱が出た 何日も痛んだ
血が止まりにくかった その他 (_____)

注射をして異常はありませんか _____
ない ある (_____)

特異体質やアレルギーはありませんか _____
ない ある (_____)

内科的な病気はありませんか _____
心臓 肝臓 腎臓 胃腸の病気 糖尿病 血液の病気 てんかん ぜんそく 内分泌系の病気
神経痛・リウマチ 高血圧 低血圧 自律神経失調症 骨粗鬆症
その他 (_____)

毎日飲んでいる薬はありますか _____
ない ある (_____)

使用にさいして注意しなければいけない薬はありますか _____
ない ある (_____)

薬を飲んで副作用はありませんか _____
ない 胃が痛くなる しっしんができる じんましんができる その他 (_____)

その他特別なことは _____
妊娠 ヶ月 事故 その他 (_____)

この機会に _____
悪い所は全部治療したい 痛い所だけ治療したい

予約時間で都合のよい時間があれば記入して下さい _____
 月・火・水・木・金・土 午前 時頃 / 午後 時頃 (土曜日は午後6時まで診察しています。)