SUZUKI DENTAL CLINIC

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		年　月　日生	
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　□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）　□入れ歯が合わない　□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　□入れ歯を新しくしたい　□いびきの治療をしたい
□歯科矯正について相談したい　□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(B型肝炎・C型肝炎・その他)　□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
□HIV感染　□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

マイナ保険証により診療情報を取得することに同意しますか（□はい　□いいえ）

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。）