

予診表

カルテNo.

ふりがな お名前	性別 男 女	生年月日 大・昭・平 年 月 日 (歳)
ご住所 〒		自宅電話番号 携帯電話番号
勤務先名 電話番号		ご予約の確認メールをお送りします。メールアドレス @

1) 今回来院された理由 (あてはまるもの全てにチェックを入れてください)

- 歯が痛い 歯がしみる 歯ぐきの腫れ・出血 つめもの・冠が外れた 歯石を取りたい
歯をクリーニングしたい 予防検診を受けたい インプラントをしたい その他
(上下左右どの場所にどのような症状が、いつから出ていますか?)

2) 今回の治療では 悪いところは全部治したい 希望するところだけ治したい できれば希望するところだけ。悪いところがあれば説明と対処方法を聞きたい

3) 薬や注射の副作用・特異体質やアレルギーはありますか ない ある ※ある方は具体的に教えてください

4) 通院・治療中の病気、次のような事項はありますか?

- 通院中・又は治療中である はい いいえ
通院中医院名・治療中病名

- 妊娠している はい いいえ 「はい」にチェックの方(妊娠 月)
- 手術をしたことがある はい いいえ 手術名:

5) 下記の病気になったことがある、又は治療中ですか? はい いいえ

- A型肝炎 B型肝炎 C型肝炎 HIV
消化器疾患 高血圧 心臓病 脳疾患 糖尿病 甲状腺 骨粗しょう症
肺疾患(結核・ぜんそく・他)

現在、服用中の薬はありますか? ない ある

※服用中の方は薬名もしくは薬手帳の提示をお願いします

薬名

6) 歯を抜いたことはありますか? ない ある 歯を抜いた時に異常はありましたか? ない ある

裏面もご記入お願いします

7) 治療内容のご希望についてお尋ねします

- ある程度費用が掛かってもよいので、良い材料を使用し高度な治療をして欲しい
- できるだけ保険希望しますが、手頃でよい自費治療があれば教えて欲しい
- 今回は保険治療を希望

8) 歯科治療で重要視している順に左の枠に数字を入れてください

できるだけ長持ちすること

詰め物・かぶせ物などが、できるだけ長持ちする治療。

自分の歯のように食べれること

ご自分の歯のように噛め、食べ物の温度がわかり、美味しく食事ができること

アレルギーなどの心配がないこと

金属アレルギーなどの心配がなく、できるだけ体に安全な治療

白くて美しいこと

自然で美しい白い歯になれる治療

- 9) 当院をどのようにしてお知りになりましたか？ ご紹介（様）
 看板を見て 電話帳 インターネット その他（）

当院では、品質が保たれた治療を行うため予約制をとっております。

3回以上の当日のキャンセル・無断キャンセル・遅刻を繰り返される患者様には次回のご予約をお断りすることがあります。

ご理解ご協力をお願い致します。

- はい いいえ