

予 診 表

初診・再診日：平成 年 月 日

治療の参考にいたしますので、下記の事項について記入をお願いします

ふりがな		男	明・大・昭・平
氏 名		女	年 月 日生まれ 年齢 歳
住 所	〒		TEL 携帯 TEL
勤務先 (職業)			TEL

どうなさいましたか？	<ul style="list-style-type: none"> ・歯（歯ぐき）が痛む（しみる） ・歯ぐきが腫れた ・虫歯を治療したい ・詰めた物がとれた <li style="padding-left: 20px;">部位（右・左）の（上・下）の（奥歯・前歯・全部） ・義歯を入れたい ・歯石をとってほしい ・歯並びを治したい ・検査をしてほしい ・インプラントをしたい ・その他（ ）
当院に来院されたのは	<ul style="list-style-type: none"> ・紹介（家族、知人、職場、当院の従業員、他院）紹介者（ ） ・自宅から近い ・職場から近い ・HPをみて ・広告・看板を見て ・評判を聞いて ・その他（ ）
過去の健康状態について	<ul style="list-style-type: none"> ・入院したことがある。 ・長期間通院又は薬を飲んでいたことがある。 ・傷の治りが悪い。 ・次の病気にかかったことがある。 <li style="padding-left: 20px;">・心臓病 ・腎臓病 ・脳疾患 ・肝臓 ・高血圧 ・糖尿病 <li style="padding-left: 20px;">・リウマチ ・結核 ・喘息 ・貧血 ・内分泌疾患 ・骨粗鬆症 ・その他（ ） ・過去にほとんど病気らしい病気をしたことがない。
常用薬はありますか？	・なし ・あり（ ）
アレルギーはありますか？	・なし ・あり（何に ）
歯科治療について	<ul style="list-style-type: none"> ・麻酔をしたことがある ・抜歯をしたことがある ・その時の様子 気分が悪くなった なんともない その他（ ）
血圧は	・正常 ・高い ・低い（上 / 下 mmHg）
今回の受診の希望は	<ul style="list-style-type: none"> ・悪いところは全部治したい ・痛いところだけ治したい ・診療予約時間について 曜日（月・火・水・木・金・土） <li style="padding-left: 20px;">時間 午前 時・午後 時 ・治療及び治療費について <p style="text-align: center; font-size: 2em;">（ ）</p>