

ふりがな			ご職業	
お名前	男	年 齢		
	女	歳	生年月日 大・昭・平	年 月 日
ご住所 〒	-	TEL	-	-
				ご紹介者 _____様

○該当するものをチェックして、( ) 内に詳細をご記入ください。

**■本日はどうなさいましたか**

- 痛みがある     ムシ歯の治療をしたい     つめたものがとれた     入れ歯を入れたい  
 歯ぐきが気になる     歯石をとって欲しい     歯並びが気になる     検査をして欲しい  
 歯を美しくしたい     歯がぐらぐらする     その他 (                          )

**■この機会に**

- 悪い所は全部治したい     今痛んでいる所だけ

**■診療についてのご希望は**

- 健康保険の範囲で治したい     なるべく保険で、保険のきかない所は自費でも構わない  
 最もよい材料で完全に治したい     先生と相談して決めたい

**■当院をどのようにお知りになりましたか**

- ホームページ     建物・看板     口コミ     ご紹介 (                          様)     その他 (                          )

アレルギーの有無	薬や食物でアレルギーやジンマシンを起こした経験 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (いつ頃                          原因                          )
手術の経験	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり    いつ頃 (                          )    病名 (                          )
慢性疾患	<input type="checkbox"/> ペースメーカー装着 <input type="checkbox"/> 透析
麻酔の経験	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明 ※異常の経験 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (                          )
抜歯の経験	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明 ※血が止まりにくかった事がありますか <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
歯磨き指導の経験	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明
歯周病治療の経験	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明

※この予診表は診療を行う際の重要な資料となりますので、ありのままをご記入ください。

※ご記入いただいた内容につきましては、当医院の診療のために利用・管理し、第三者に譲渡・提供することはございません。

**医師記入欄**

--------------------------------------

ご協力ありがとうございました。お呼びするまでしばらくお待ちください。

