

予 診 表

予診表は治療の大切な資料となります。貴方の個人情報厳守いたしますので出来るだけ正確にご記入ください。

フリガナ

氏 名 _____ 男性・女性

生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 (満 才)

住 所 〒 _____ Tel ()

勤 務 先 _____ Tel ()

職 業 _____

通院時間帯のご希望があれば○印をつけて下さい

- ・ 平日 (午前 午後 7:00迄)・土曜日 夜間診療 (午後 7:30以降)
- ・ その他具体的にあれば ()

該当するものにV印又は文字を記入してください。

どうなさいましたか 歯が痛い 歯肉が痛い 歯をいれたい
歯石をとりたい 検診してほしい その他 ()

当院におみえに 初めて 前にきたことがある
なったのは 紹介されて (紹介者: _____ 様・家族・知人・その他)

現在身体の状態は 健康である 体調が悪い (風邪・疲労・睡眠不足・他) _____)
病気がある (病名: _____)
妊娠している (_____ ヶ月) 授乳中である

以前にかかった病気は 高血圧 脳溢血 心臓病 心筋梗塞 狭心症
血液病 胃 腎 肝 糖尿 自律神経症
ノイローゼ リウマチ てんかん 甲状腺 じんま疹
ぜんそく 性病 その他 ()

アレルギーは ある (薬品 食品 その他) ない
ある場合は具体的品名 ()

現在飲んでいる薬は ある (薬品名 : _____) ない

歯を抜いたこと ある (_____) ない

歯を抜いたときの異常は ある (貧血 止血しにくい 麻酔が効きにくい その他)
ない

この機会に 悪い所は全部治したい 今痛んでいる所だけ治したい

当院をどこで HPを見て 看板を見て その他 (_____)
知りましたか 紹介されて (紹介者: _____ 様・家族・知人・その他)

* 薬剤・レントゲンなどの関係で、妊娠時の治療は制限されます。
妊娠の予定のある方は、担当医にご相談ください。

ご記入ありがとうございました。

小高歯科クリニック
www.kodaka-dc.com