

予 診 票

百瀬歯科医院

来院日 年 月 日 **※必ずご記入ください**

ふりがな	生年月日		
氏名 (男・女)	明・大 昭・平	年 月 日 (歳)	
現住所	〒 _____ Tel () 携帯電話 ()		
職業			
勤務先住所	勤務先名 _____ 〒 _____ Tel ()		

御質問いたしますので、いずれかに○を付けて下さい

■当医院をどのようにして知りましたか？ (一つお選びください)

ホームページ

家族または知人の紹介 (お名前 続柄)

住まいや職場が近い

以前来院したことがある (約 年前)

その他 ()

■御来院された理由は？

虫歯 ・ 歯周病 (歯槽膿漏) ・ つめものがとれた ・ 入れ歯

検診 ・ 歯並び ・ 顎関節症 ・ その他 ()

■現在の状態は？

痛む・しみる・咬めない・腫れている・血が出る

その他 ()

■どこですか？

右側…上・下 前歯…上・下 左側…上・下

■いつ頃からですか？ ()

■前回、歯科医にかかったのはいつ頃ですか？ (年 月頃)

※裏面へ続きます

■局所麻酔をしたことがありますか？ はい・いいえ
■局所麻酔の際、御気分が悪くなったことがありますか？ はい・いいえ
■長時間、出血が止まらなかったことがありますか？ はい・いいえ
■現在、何か病気がありますか？
はい（心臓病・肝臓病・高血圧・糖尿病・骨粗鬆症・その他)
いいえ

■現在、毎日服用している薬はありますか？
はい（薬の名前)
いいえ

■アレルギーはありますか？
はい（麻酔薬・抗生物質・鎮痛薬・金属・その他)
いいえ

■現在、感染症にかかっている、もしくはその疑いがありますか？
はい（B型肝炎・C型肝炎・性病・H I V・その他)
いいえ

■以前に大きなけがや病気をしたことがありますか？
はい（いつ どのような)
いいえ

■ 女性の方へ、現在妊娠中ですか？
はい（ ヶ月・出産予定日 年 月)
いいえ

※治療期間中に妊娠された場合は必ずお申し出下さい。

■現在、お煙草をお吸いですか？
はい（1日 本くらい)
いいえ

■一日にいつ歯を磨きますか？
朝・昼・寝る前・その他（)

■ 一回の歯磨きの時間（約 分）

■ 来院に都合のよい曜日、時間はありますか？
（)

■ その他治療に関して御希望がありましたらお書き下さい。

* ご記入いただいた個人情報^は医療サービス医療保険事務などの目的に特定して利用させていただきます