

<カルテNO>

受付日 H 年 月 日

予 診 表

ふりがな

氏名： 生年月日 H・S・T・M 年 月 日

〒

自宅住所： 電話（自宅）：（ ）

勤務先名： 住所： 電話（会社）：（ ）

Eメールアドレス： 携 帯

初めてご来院の方へ

診療室に入っていたいただいた後、必要に応じてレントゲン撮影、又記録のため口腔写真を撮らせて頂くことがありますので、御協力をお願い致します。
当院では、診療内容について十分な御説明をすることに努力しておりますが、不安な事、疑問点等ありましたら御遠慮なくお訪ね下さい。

◆当院にお見えになったのは はじめて 前に来たことがある（ ）ヶ月前（ ）年位前

◆具合の悪い場所を○で囲んで下さい
右上 前上 左上
右下 前下 左下

◆本日来院された理由
ムシ歯の治療をしたい 検査をして欲しい
詰め物（さし歯など）が取れた 歯の清掃、歯石を取りたい
歯がかけてしまった 歯並びを直したい
歯肉が腫れた 顎の関節が痛い
義歯（入れ歯）が壊れた 又は 新しく作りたい
その他（ ）

◆現在、痛みなどの苦痛がありますか
・ある⇒ 歯 舌 歯肉
・ない 唇 頬 顎

◆いつから痛いですか 本日より （ ）日前から （ ）週間前から 時々

◆どのように痛いですか
ズキズキと痛い ずーっと痛い
歯を合わせると痛い 何もしなくても痛い
熱いものがしみる 冷たいものがしみる

◆最後に歯科治療を受けたのは ある⇒（ ）ヶ月位前
ない（ ）年位前

◆その時に、治療内容や麻酔の注射をして、なにか異常がありましたか

◆特異体質、アレルギーがありますか

◆今までに、大きな病気をしましたか

◆現在、他の医療期間に通院していたり、服用しているお薬がありますか

◆治療範囲のご希望

◆治療についてのご希望

◆通院の曜日、時間帯についての希望がありますか

◆定期検診を希望しますか

◆当院を知った理由をお聞かせ下さい

◆現在、妊娠していればご記入下さい。（ ）ヶ月（治療期間中に妊娠された方はお知らせ下さい。）

あった⇒ ①ひどく痛みが出た ②麻酔がきかなかった
ない ③ひどく腫れた ④貧血を起こして気分が悪くなった
⑤その他（ ）

ある⇒ ①お薬（ ） ②食べ物（ ）
ない ③金属（ ） ④その他（ ）

ある⇒ ①心臓 ②肝臓 ③腎臓 ④糖尿
ない ⑤不整脈 ⑥血圧（高い、低い / ）
⑦胃腸 ⑧喘息
⑨その他（ ）

ある⇒ 医院名（ ）
ない 薬剤名（ ）
いつから（ ）

悪い所は全部治したい
今、痛んでいる歯だけ治したい

保険診療の範囲内で治したい
保険以外の治療についても説明を聞きたい
自費治療でもかまわない

ある⇒（ ）曜日
ない（ ）時頃

する
しない

勤務先が近いので
家が近所なので
パンフレットを見て
ホームページを見て
ご紹介（紹介者： ）
その他（ ）

医療法人社団 純厚会

横浜ビジネスパーク歯科クリニック
電話 045-334-1188
http://www.yokohama-dc.com

銀座デンタルケアクリニック
電話 03-3563-1188
http://www.ginza-dc.net

さいたま歯科口腔外科クリニック
電話 048-866-1488
http://www.saitama-dc.com