

ふりがな	性別	生年	大・昭・平	年	月	日
氏名	男・女	年月日		(才)
住所 〒	—		電話			
			携帯電話()		
勤務先	電話					
メールアドレス	@					

1. 当院ははじめてですか？ はじめて
 前に来たことがある (年 月頃)
2. 当院は何でお知りになりましたか？ ご紹介者 () 電柱看板 その他看板
 インターネット その他 ()
3. 当院のホームページはご覧になりましたか？ はい いいえ

..... 予診表

4. 来院の理由 歯が痛い 歯ぐきから血が出る
 虫歯の治療をしてほしい 義歯 (入れ歯) が壊れた
 穴が開いている 歯を入れてもらいたい
 詰めていたものがとれた 歯を白く(ホワイトニング)したい
 歯石除去・歯のクリーニング・検診 歯がしみる
 歯ぐきが腫れた その他 ()
5. これまでに、大きな病気にかかったことがありますか？ はい (病名)
 いいえ
6. 現在病気にかかっていたり、お薬を飲まれていますか？ はい (病名)
 いいえ
お薬の種類 ()
7. 薬を飲んだとき異常はありませんでしたか？ ない
 ある (具体的に)
8. 以前歯を抜いたことがありますか？ ない ある
※そのとき異常はありませんでしたか？
 特にない あった (具体的に)
9. 現在、妊娠あるいはその可能性は？ (女性の方のみ) ない
 ある (出産予定日)
10. その他、歯科医師に伝えておかなければならないことがありますか？ ない
 ある (具体的に)
11. 治療方法への希望 保険の範囲内で治療したい 良い方法、材料があれば説明を聞きたい
 相談して決めたい ご希望があれば ()
12. その他の希望