

メールによる予約確認を行っています。アドレスを必ず、御記載下さい。
()

予診表

平成 年 月 日

赤坂見附歯科

AKASAKA MITSUKE DENTAL CLINIC

お名前(ふりがな)	男	明・大			
	女	昭・平	年	月	日生(才)
ご住所	TEL	()			
〒					
ご職業	勤務先名	TEL	()		
				内線()	
どちらで当院をお知りになりましたか？					
ホームページ (ヤフー or グーグル)	テレビ	雑誌	通りがかり		
紹介(紹介者)	Facebook	or mixi		
その他()	職場に近い			

どうなさいましたか		痛みがある 詰めたものが取れた 歯ぐきが気になる 歯ならびが気になる 歯を美しくしたい	ムシ歯の治療をしたい 入れ歯を入れたい 歯石をとって欲しい 検査をして欲しい その他()
歯を抜いたことがありますか	右上 上歯 左上 右下 下歯 左下	ない	ある 年 前 ヶ月前
その時、何か異常はありませんでしたか	ない	血がとまらなかった 何日も痛んだ	貧血を起こした 熱が出た
薬を飲んで副作用はありませんか	ない	胃が痛くなる かゆくなる その他()	発しんが出来る 薬名()
内科的な病気はありませんか	ない	心臓 腎臓 低血圧 糖尿 その他()	高血圧 肝臓(肝炎)
特異体質やアレルギーはありませんか	ない	かぶれやすい ぜんそくがある	じんましんが出る その他()
現在までに歯磨きについて指導を受けたことがありますか	ない		
女性の方へ 現在、妊娠していますか	ない	はい(月) しているかもしれない	いいえ
この機会に		悪い所は全部治したい	気になる所だけ
治療についてのご希望		保険診療の範囲内で治したい 自費にて最も良い治療をして欲しい	
その他、何かございましたらお書き下さい			