

# 予診表

西台駅前通り歯科 03-3937-4185

No.

年 月 日

お名前 (ふりがな)	ご職業	明・大 昭・平	年	月	日生 (才) 男・女
ご住所 (自) 〒	TEL (自) ( )		( )		
ご住所 (勤) 〒	TEL (勤) ( )		( )		
E-mail	ご紹介者氏名				

次の質問は、あなたの診療のための大切な参考資料です。あなたのプライバシーは厳守いたしますので、できるだけ正確に記入して下さい。

どうなさいましたか	<input type="checkbox"/> 痛みがある <input type="checkbox"/> つめたものがとれた <input type="checkbox"/> 歯ぐきが気になる <input type="checkbox"/> 歯ならびが気になる <input type="checkbox"/> 検査をして欲しい	<input type="checkbox"/> ムシ歯の治療をしたい <input type="checkbox"/> 入れ歯を入れたい <input type="checkbox"/> インプラント (人工歯根) をいれたい <input type="checkbox"/> 歯石をとって欲しい <input type="checkbox"/> その他 ( )
歯科医院で麻酔の注射をした事がありますか	<input type="checkbox"/> はい...その時 ( <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 貧血を起こした ) <input type="checkbox"/> いいえ ( <input type="checkbox"/> 麻酔がききにくかった <input type="checkbox"/> その他 ( ) )	
今迄に大きな病気や手術をした事がありますか	<input type="checkbox"/> 1. 卒中 <input type="checkbox"/> 2. 肝炎 <input type="checkbox"/> 3. 心臓病 <input type="checkbox"/> 4. 腎臓病 <input type="checkbox"/> 5. 糖尿病 <input type="checkbox"/> 6. 結核 <input type="checkbox"/> 7. 高血圧 ( / ) <input type="checkbox"/> 8. ゼンソク <input type="checkbox"/> 9. リューマチ <input type="checkbox"/> 10. 潰瘍 (胃・十二指腸) <input type="checkbox"/> 11. その他 ( ) <input type="checkbox"/> 12. なし そのうち今、治療中の病気は (番号で )	
薬をのんで副作用はありませんか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 胃が悪くなる <input type="checkbox"/> 発しんができる <input type="checkbox"/> かゆくなる <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> その薬品名 ( )	
現在、何かの薬をのんでいますか	<input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる (その薬品名 )	
特異体質やアレルギーはありませんか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> かぶれやすい <input type="checkbox"/> じんましんが出る <input type="checkbox"/> ぜんそくがある <input type="checkbox"/> 食物アレルギーが出る <input type="checkbox"/> その他	
輸血をうけた事がありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	
現在の健康状態は	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 不良 (女性の方) <input type="checkbox"/> 生理中 <input type="checkbox"/> 妊娠 ( ヶ月)	
治療は	<input type="checkbox"/> 健康保険の範囲内で治療したい <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> 健康保険と併用で保険の範囲外は相談の上、自己負担してもよい	
このホームページを何でお知りになりましたか		
その他、何かございましたらお書き下さい		

## 西台駅前通り歯科 03-3937-4185

東京都板橋区高島平 1-27-10 (デニースとなり)

診療時間 / AM 10:00 ~ PM 1:30

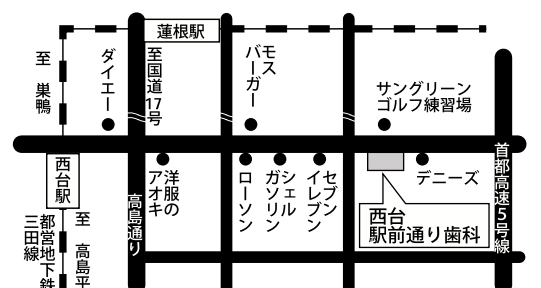
PM 3:00 ~ PM 7:30 (土曜日はPM 5:30まで)

休診日 / 木曜・日曜・祝日

最寄り駅 / 都営地下鉄 三田線, 西台駅・蓮根駅より 各徒歩 5分

駐車場 / 有り

施設 / 無料託児所完備



(PAT. 出願中)