



予 診 票

ご提供いただきました個人情報は、
当院の診療目的以外には一切使用しません。

フリガナ		男	生年月日 満()歳	未婚
お名前		女	大・昭・平 年 月 日	既婚
ご住所	〒			
勤務先名		連絡先	電話	
			携帯	
メール	※予約確認メールを送信しますのでご記入下さい			
紹介	様・医院	<input type="checkbox"/> 毎回新品の使い捨て診察器具希望 (¥500[税別]/毎回の診察時)		

どうなさいましたか	歯	<input type="checkbox"/> 虫歯治療希望 <input type="checkbox"/> 詰め物が取れた <input type="checkbox"/> しみる <input type="checkbox"/> 根の治療希望 <input type="checkbox"/> ゆれる <input type="checkbox"/> 痛い(噛むと痛い、何もしなくても痛い) <input type="checkbox"/> その他()
	歯茎	<input type="checkbox"/> 全体的に歯茎の調子が悪い <input type="checkbox"/> 歯茎から出血する <input type="checkbox"/> 歯茎が腫れている <input type="checkbox"/> 顕微鏡で歯周病菌が見たい <input type="checkbox"/> 歯槽膿漏、歯周病 <input type="checkbox"/> その他()
	その他	<input type="checkbox"/> () 医院からの紹介 <input type="checkbox"/> 歯を白くしたい <input type="checkbox"/> 出来るだけ削らない虫歯治療希望 <input type="checkbox"/> 神経を抜かない治療希望 <input type="checkbox"/> 金属を除去したい <input type="checkbox"/> あごの調子が悪い <input type="checkbox"/> 口臭が気になる <input type="checkbox"/> 検診 <input type="checkbox"/> クリーニング <input type="checkbox"/> 歯の歯質強化 <input type="checkbox"/> 入れ歯が合わない <input type="checkbox"/> レーザー治療希望 <input type="checkbox"/> セカンドオピニオン希望 <input type="checkbox"/> 他院で抜歯と言われた <input type="checkbox"/> ドックベストセメント治療希望
		その他上記以外()
最近、他院で歯科治療を受けましたか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある 現在治療中 年前 力月前	
歯科麻酔で異常はありませんでしたか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある() <input type="checkbox"/> 麻酔経験なし	
歯を抜いて異常はありませんでしたか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある() <input type="checkbox"/> 抜歯経験なし	
現在服用している薬はありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある() 薬の名前()	
薬やその他アレルギーはありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある()	
現在体調はいかがですか	<input type="checkbox"/> よい <input type="checkbox"/> よくない()	
今まで次の病気にかかったことはありますか	<input type="checkbox"/> 肝炎(型) <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 胃腸疾患 <input type="checkbox"/> 腎臓疾患 <input type="checkbox"/> 血液疾患 <input type="checkbox"/> 高血圧(/) <input type="checkbox"/> 低血圧 <input type="checkbox"/> うつ病 <input type="checkbox"/> 心療内科関係 <input type="checkbox"/> リウマチ <input type="checkbox"/> 膠原病 <input type="checkbox"/> 子宮関係 <input type="checkbox"/> 癌(部位)	
タバコは吸いますか	<input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 吸う(本/日)	

裏面に続く

現在妊娠中もしくはその可能性がありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある（現在 週）
現在授乳中ですか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい（お子様の年齢 歳）
治療についてのご希望は	<input type="checkbox"/> 悪いところは全部治したい <input type="checkbox"/> 診査結果によって決めたい <input type="checkbox"/> 痛い歯だけ治したい <input type="checkbox"/> 極端に "こわがり"、"痛がり"、なので注意してほしい
予約についてのご希望があれば	来院できる時間帯 <input type="checkbox"/> 午前 時頃 <input type="checkbox"/> 午後 時頃 来院できる曜日 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 特になし
当院にお見えになったのは	<input type="checkbox"/> 初めて→ <input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> 勤務先、ご自宅が近い <input type="checkbox"/> 前に受診した（平成 年 月頃） <input type="checkbox"/> その他（)
その他、気になることやご希望がございましたらご記入ください	

ありがとうございました

当院では治療前に**除菌水**でうがいを
する事をお願いしております。

うがいをすることにより**お口の中の細菌**
が減り、安心安全な治療をする事が
できます。

ご協力お願い致します。