

予診表

(15歳以下用)

奥原歯科医院

04-2921-1036

平成 年 月 日

お名前 (ふりがな)	男・女	明・大 昭・平	年	月	日生 (才)
ご住所 〒		TEL	()		
ご職業	勤務先名	TEL	()	内線 ()	

●来院の動機は

- 虫歯ができた
- 歯が (痛い、しみる、かけた、動く)
- 歯ぐきが (痛い、はれた)
- つめものがとれた
- 歯石、歯の汚れ (着色) をとって欲しい
- シーラント (虫歯予防) をして欲しい
- フッ素塗布 (虫歯予防) をして欲しい
- 歯磨き指導をして欲しい
- 定期検診のため
- 1歳6ヶ月検診、3歳児検診のため
- 歯並びの相談
- その他 ()

●当院にお見えになったのは

- 初めて (広告・看板を見て、ホームページを見て、パンフレットを見て、他院からの紹介、家族・知人の紹介)

(紹介者名:) 様

- 以前来たことがある 年 月位前

●歯科の麻酔注射をしたことがありますか (ない・ある)

●その時に異常はありましたか (ない・ある)

●歯を抜いた時に異常はありましたか

- ない・ある
- 血が止まりにくい
 - 何日も痛みが続いた
 - 熱が出た

●今までに大きな病気や手術の経験は (ない・ある)

(肝臓 [肝炎 型]・腎臓・心臓・糖尿・脳・ぜんそく

その他 ()

●輸血の経験は (ない・ある)

●特異体質や薬、その他のアレルギーは (ない・ある)

食品名 () おくすり名 ()

●現在の健康状態は 正常・良くない ()

●毎日常用している薬は (ない・ある)

●その他、特別のことはありますか (希望、質問など)

●この機会に

- 悪い所は全部なおしたい
- 今、痛んでいる所だけなおしたい
- 院長のカウンセリングを希望する

●母親教室などに興味はありますか? (ある・ない)

8 7 6 5 4 3 2 1 | 1 2 3 4 5 6 7 8

8 7 6 5 4 3 2 1 | 1 2 3 4 5 6 7 8

E D C B A | A B C D E

E D C B A | A B C D E

担当医 _____