

# 予診表

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

1. 歯のクリーニング (着色取り・ヤニ取り) をして欲しい
2. 歯のホワイトニング (黄ばんだ歯を今より白く) のみして欲しい
3. 現在、口に入っている銀歯・さし歯も白くキレイにしたい
4. クリーニング、ホワイトニング後虫歯・歯肉炎など治療が必要であれば継続して行って欲しい
5. リップエステをして欲しい
6. その他

●当院にお見えになったのは

1. 初めて
2. 紹介 (紹介者名: 様)
3. チラシ、パンフレット、広告、バスの案内広告、ホームページを見て

●呼吸器疾患 (喘息・鼻詰まり等) はありますか

( いない・はい )

●特異体質やアレルギーはありますか ( いない・はい )

「はい」の場合 → お薬 ( )  
食べ物 ( )  
その他 ( )

●現在の健康状態は 正常・良くない ( )

●現在妊娠中ですか ( いない・はい (妊娠 月) )

「はい」の場合 → 授乳中ですか ( いない・はい )

●今まで無カタラーゼ症又は光線過敏症と診断された事がありますか ( いない・はい )

「はい」の場合 → ( 年前 症)

●今までにホワイトニングをされた事がありますか

( いない・はい )

「はい」の場合 →  歯科医院で行うホワイトニング  
 自宅で行うホワイトニング  
 その他

その時異常、知覚過敏などありましたか ( いない・はい )

●喫煙はされますか ( いない・はい 1日約 本)

●よく飲む飲み物に○をつけてください (複数回答可)

- ・コーヒー ・コーラ ・赤ワイン  
・紅茶 ・緑茶 ・白ワイン  
・ハーブティー ・麦茶 ・ウーロン茶

●お口の中でしみる所はありますか ( いない・はい )

「はい」の場合 → どの部分ですか ( )

●いつまでに白くしたいというのはありますか

( いない・はい )

「はい」の場合 → いつ? ( H 年 月 日 )  
差し支えなければ理由をご記入下さい

( )

●その他、特別なことはありますか (希望等)

( )

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

担当医 \_\_\_\_\_