

たなべ歯科クリニック予診票

記入日 年 月 日

ふりがな		性別	生年月日
氏名		男・女	西暦 年 月 日 (歳)
住所	〒		
電話番号	自宅	携帯	職業・勤務先
E-mail			紹介者

(予約日時のお知らせをお送りいたします。-、_、.などは分かりやすくご記入ください。)

以下の質問にできるだけ正確にお答えください。なお、記入事項の秘密は厳守いたします。

どうなさいましたか？

歯が痛い つめものが取れた 歯ぐきが腫れた
検査をしてほしい 歯の掃除をしてほしい 口臭がする
むし歯をなおしたい 入れ歯を作りたい その他 ()

どこが気になりますか？
(○で囲んで下さい)

右上	上前	左上	歯・歯ぐき・舌・あご・その他 ()
右下	下前	左下	

現在のあなたの体調はいかがですか？

特に問題ない 妊娠中 (月)
すぐれない 授乳中 (産後 月)

薬の副作用、アレルギー、特別な体質はありますか？

ない
ある→どのようなものですか？ ()

現在、服用中の薬はありますか？また、通院中ですか？

ない
ある→お薬の名前 ()
通院中→医院の名前 ()

内科的な病気はありませんか？または過去にかかったことはありますか？

ない 心臓病 腎臓病 糖尿病 肝炎 (A・B・C)
血液疾患 蓄膿症 高血圧 骨粗鬆症 貧血
その他 ()

今までに、麻酔をした後や歯を抜いた後に異常はありませんでしたか？

ない 気分が悪くなった 麻酔が効きにくかった
ある→ 血が止まりにくかった その他 ()

治療内容、費用についてご希望がございましたらご記入ください

すべて保険の範囲でなおしたい
なるべく保険で、保険のきかないところは自費でなおしたい
自費で、より良い治療を受けたい
悪いところは全部なおしたい
今回は希望するところだけ
その他 ()

治療期間・時間についてご希望がございますか？

特にない
1回の治療時間を短くしてほしい
多少時間が長くても、一度に多くの治療をしてほしい
転勤や引越し等で、____月までに治療を終わらせたい

曜日・時間帯のご希望がございましたらご記入ください。(○で囲んでください)

特にない 月・火・木・金・土 午前・午後・17時以降

ホワイトニングやデンタルエステに興味がございますか？

はい
いいえ

当院をどのようにしてお知りになりましたか？

紹介 看板 電柱 インターネット 雑誌
通りがかり その他 ()

今までの歯科治療、または今後の治療にあたりご意見ご要望がございましたらご記入ください