

予 診 票

はしもと歯科クリニック
TEL 093-511-6480

〒 _____
ふりがな 住所 _____
氏名 _____ 連絡先 _____
携帯 _____

治療をスムーズに行うための大切な資料です。できるだけ正確にお答えください。

- ① どうなさいましたか。
- ・虫歯の治療をしたい
 - ・つめ物や冠が取れた
 - ・歯槽膿漏をなおしたい
 - ・検査をしてほしい
 - ・義歯を入れたい
 - ・その他
- ② 今まで、麻酔注射や、歯を抜いたりしたとき異常はありませんでしたか。
- ・麻酔や歯を抜いたことがない
 - ・異常が無かった
 - ・あった ()
- ③ 今の健康状態は
- ・よい
 - ・病氣中 ()
 - ・妊娠中 () ヶ月
- ④ 特異体質やアレルギーは
- ・ない
 - ・ある
 - ・使えない薬は ()
- ⑤ 現在、治療中の病氣は？
- ・ない
 - ・ある
 - ・高血圧
 - ・肝疾患
 - ・糖尿病
 - ・リウマチ
 - ・ぜんそく
 - ・心疾患
 - ・脳血管疾患
 - ・心不全
 - ・不整脈
 - ・その他 ()
- ⑥ こちらの医院には
- ・はじめて
 - ・前に来たことがある
 - ・紹介されて ご紹介者名 ()
 - ・ホームページを見てきた

下記の中で、興味があること、気になっていることに○を付けて下さい

- ・ホワイトニング (漂白)
- ・歯ぐきの黒ずみ
- ・歯ならび
- ・マウスピース矯正
- ・虫歯予防
- ・口臭
- ・歯周病 (歯ぐきのはれ、出血、歯の動揺 etc)
- ・インプラント
- ・顎関節 (歯ぎしり) 頭痛や肩こり

その他、何か気になる点がございましたら、ご自由にお書き下さい。

お問合せメールフォーム

<http://www.hashimoto6480.com/contact/>



予診票は来院の際、受付時にお渡しください。