



# 予 診 表

平成 年 月 日

ふりがな

氏名 \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日 \_\_\_\_\_

〒 \_\_\_\_\_ 住所 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_

勤務先名 \_\_\_\_\_

1 どうなさいましたか？気になるところ、状況などをお知らせください。

2 現在の健康状況は？ 良好 不調 妊娠（している／可能性あり）

3 以前に歯の治療を受けた時に異常はありましたか？ ない ある

ある、と答えた方。それはどういう時でしたか？

4 薬にアレルギーはありますか？ ない ある

【 \_\_\_\_\_ 】

5 いつも飲んでいる薬はありますか？ ない ある

【 \_\_\_\_\_ 】

6 今まで、または現在かかっている病気はありますか？

【心臓 肝臓 腎臓 糖尿( ) 高血圧( / ) 副鼻腔炎 その他( ) 】

7 当院をどこで知りましたか？



# 予 診 表

店内を歩いていて  ( ) 様の紹介

その他 ( )

ホームページ



その他のサイト