

予 診 表

予診表は患者様により良い治療を受けていただくためのものです。この予診表は当院で責任を持って管理し、患者様のプライバシーは厳守いたしますので正確にご記入ください。

フリガナ

大正・昭和・平成

お名前 _____ 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

〒 _____

ご住所 _____

電話番号 _____ - _____ - _____

- ①いかがなさいましたか (_____)
- ②お痛などみはありますか ない・少し痛い・ひどく痛い・ときどき痛い・しみる・うずく・はれている
- ③それはどこですか 左上・上前・右上 の 歯・舌・歯肉・頬(ほほ)・顎(あご)
左下・下前・右下 その他(_____)
- ④いつからですか 今日・(_____) 日前から・(_____) ヶ月前から・時々・その他(_____)
- ⑤今まで歯科治療を受けた時に何か異常はありましたか ない・ある(_____)
注射で気分が悪くなった・歯を抜いた後に血が止まらなかった
- ⑥薬を飲んで副作用をおこしたことはありますか ない・ある(_____)
- ⑦特異体質やアレルギーはありますか ない・かぶれやすい・じんましんがでる
その他(_____)
- ⑧今までに次の病気にかかったことはありますか ない・高血圧・糖尿病・腎臓病・心臓病・喘息・肝炎
その他(_____)
- ⑨今までに手術を受けたことはありますか ない・ある(_____)
- ⑩現在他の医療機関にかかっていますか ない・ある(_____)
- ⑪常用している薬はありますか ない・ある(_____)
- ⑫現在の体調はいかがですか よい・ふつう・悪い(_____)・妊娠中(妊娠 _____ か月)・授乳中
- ⑬治療等についてご希望がありましたらご記入ください

中川駅前歯科 電話番号 045-910-2277

クリニック 住所 〒224-0001 横浜市都筑区中川 1-10-2 中川センタービル3階

交通 横浜市営地下鉄(ブルーライン) 徒歩0分(1番出口出て左側のビル、

郵便局となり、ファミリーマートのビル3階 2番出口出て目の前のビル)