

かえで歯科クリニック 予診表

03-6914-6840

年 月 日

ふりがな 氏 名 () 歳 男・女		生年月日 年 月 日
住 所		TEL
職 業	勤務先名	TEL
E-mail		

当医院では、患者さん一人一人にカウンセリングを実施し、総合的に診査をしたうえで治療を始めます。この表は大切な参考資料になりますので、次の質問に正確にお答えください。

当院を来院されたきっかけを教えてください	<input type="checkbox"/> チラシ <input type="checkbox"/> タウンページ <input type="checkbox"/> 看板 <input type="checkbox"/> ホームページ（インターネット） <input type="checkbox"/> 内覧会 <input type="checkbox"/> 御紹介（ ） <input type="checkbox"/> その他（ ）
どうなさいましたか？	<input type="checkbox"/> 痛いところがある <input type="checkbox"/> 噛みにくい <input type="checkbox"/> 詰め物が取れた <input type="checkbox"/> 欠けた <input type="checkbox"/> 歯並び <input type="checkbox"/> 歯の色 <input type="checkbox"/> 腫れた <input type="checkbox"/> 検診 <input type="checkbox"/> 義歯 <input type="checkbox"/> その他（ ）
症状についてご記入ください	
全身状態について 次に病気にかかったことがあれば ○をつけてください	高血圧 心臓病 腎臓病 肝臓病 糖尿病 脳卒中 胃腸病 甲状腺病 自律神経失調症 骨粗鬆症
上記以外の病気にかかったことがあれば ご記入ください	病名（ ）
今までお薬、食べ物でアレルギーが でたことはありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
はい、と答えた方、原因は何ですか？	（ ）
以前、歯科治療で何か異常が あったことはありますか？	<input type="checkbox"/> はい（具体的に： ） <input type="checkbox"/> いいえ
女性の方のみお答えください 現在妊娠中 または妊娠の可能性はありますか？	<input type="checkbox"/> はい（ 週目） <input type="checkbox"/> いいえ ※今後治療期間中に妊娠された方、妊娠したと思われる方は 事前にお申し出ください。
当院では、領収書に治療費の明細が記載 してあります。御希望の方には、さらに 細かい明細書の発行も行っております。	さらに細かい明細書の発行を <input type="checkbox"/> 希望しない <input type="checkbox"/> 希望する
診療に関するご希望、ご質問等があれば ご記入ください。	<input type="checkbox"/> 悪いところをすべて治したい。 <input type="checkbox"/> 気になるところだけでいい。 <input type="checkbox"/> 最も良い材料と方法で治したい <input type="checkbox"/> 保険のきく範囲で治したい。 <input type="checkbox"/> なるべく保険で一部自費でもかまわない。 <input type="checkbox"/> その他 （ ）

かえで歯科クリニック

【住 所】 東京都練馬区豊玉中三丁目 12 番 11 号
東武ストア 2F
【診療時間】 9:00 ~ 13:00
14:00 ~ 18:00
【休 診 日】 年中無休



(P.A.T. 出願中)