予 診 表

初診日　　年　月　日

ふりがな 氏名	男 女	生年月日 年齢	年　月　日 歳
住所		TEL：	
勤務先		TEL：	
職業・職種		E-mailアドレス：	
緊急連絡先	TEL：		

来院された理由	□歯が痛い　□しみる □欠けた　□つめもの、かぶせ物が外れた □歯に穴があいた　□歯が抜けた □歯肉が痛い　□歯肉が腫れている □歯肉から血や膿が出る　□歯がぐらぐらする □噛みあわせがよくない　□歯石がついている □ホワイトニング（歯を白くすることについて）の相談　□矯正（歯並びについて）の相談 □その他（　　）
症状のある部位は どちらですか	□左上　□右上　□親知らず　□顎の関節 □左下　□右下　□どこか分からない
歯科にかかったことは ありますか	□今まで全然ない □ある（いつ頃：　　年　　月頃） （どこの部位：左上 / 左下 / 右上 / 右下）
歯科治療時に異常は ありませんでしたか	□ない □気分が悪くなった　□麻酔時の異常 □血が止まりにくい　□その他（　　）
薬を飲んでいますか	□ない □いる（病名：　　）
次の病気がありますか または 以前かかったことが ありますか	□ない □心臓　□腎臓 □肝臓　□肝炎（A型 / B型 / C型） □高血圧 / 低血圧　□結核 □糖尿病　□リュウマチ熱 □その他の病気、手術を受けたご経験など（　　）
アレルギーがありますか	□ない □ある　薬物　（薬名：　　） その他　（　　）
（女性の方に） 妊娠はしていますか	□ない □妊娠中　現在妊娠（　　）か月
かかりつけの内科医	TEL：
治療に対するご希望は	□悪いところは説明を聞き全て治療したい □とりあえず痛いところだけでよい □その他（　　）
治療期間の制限は	□ない □ある（　年　月　日まで）
予約の曜日・時間の希望は	□ない □ある（曜日：月 / 火 / 水 / 木 / 金 / 土 / 日　時間：　　）
当院をお知りになったのは *複数回答可	□看板（当院入り口 / 高円寺駅改札外 / 高円寺駅ホーム） □インターネット　□チラシ □電話帳　□本・雑誌 □紹介（紹介者：　　） □その他（　　）

ご協力ありがとうございました

NORTH DENTAL OFFICE
Oral Healthworks

NET