予　診　表

カルテ No

フリガナ　　男　　明・大

お名前　　女　　生年月日　昭・平　　年　　月　　日生（　　才）

〒（　　－　　）

住　所

電　話(自宅)　　－　　－　　携帯番号　　－　　－

※　この予診表は患者さんによりよい治療を受けて頂くための参考にするものです。患者さんのプライバシーは厳守致しますので、正確に記入して下さい。

今日は、どうなさいましたか？

❑ムシ歯の治療がしたい　❑ 歯のそうじがしたい
❑詰め物がとれた　❑ 検診を受けたい
❑入れ歯をいれたい　❑ その他（　　）

現在、医師の治療をうけていますか?

❑ない　❑ある　心臓　肝臓　腎臓　高血圧　糖尿病
その他（　　）

服用中の薬は、ありますか？

❑ない　❑ある（　　）

今までに大きな病気をしたことがありますか？

❑ない　❑ある（　　）

歯を抜いたことがありますか？

❑ない　❑ある（　　）

そのときに何か異状は、ありませんでしたか？

❑ない　❑ある（　　）

薬やその他のアレルギーはありますか？

❑ない　❑ある（　　）

女性に質問します。現在妊娠していますか？その可能性はありますか？

❑ない　❑ある（　　ヶ月）

治療に際してのご希望は

❑保険の範囲内で治療したい
❑なるべく保険内で、保険のきかない部分は費用を掛けてもよい
❑相談しながら最もよい方法を選択したい

その他、質問ご希望は？

紹介者　　様

ご協力ありがとうございました

いそやま歯科