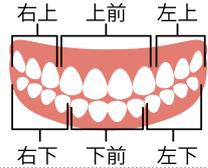


たんぽぽ歯科クリニック 予診票

ふりがな お名前	生年月日 大正・昭和 平成・令和	年 月 日 (才)	職業
ご住所 〒 -		TEL ご自宅 _____ 携帯 _____	

紹介 お名前 _____ 様 看板を見て インターネットで調べて
当院にお越しいただいた理由 ホームページを見て 評判を聞いて 予防に力を入れていると聞いて
 近いから (勤務先・学校・自宅) その他 _____

どうなさいましたか
 歯が痛い 詰め物が取れた 検査をしてほしい 歯を白くしたい
 歯肉が痛い 歯を入れたい 歯の清掃をしてほしい 歯並びをなおしたい
 その他 _____

お悩みの部位に○をつけてください

 頬 舌 唇 顔 その他 _____

お痛みがある方へ、どのくらいの痛みがどのくらい続いていますか
 0~10の段階で0・1・2・3・4・5・6・7・8・9・10 (○をつける) くらいの痛みが
 _____ 日 ・ 週間 ・ ヶ月 くらい

- 全身状態についておうかがいいたします**
- 内科の病気は ない ある (心筋梗塞 狭心症 高血圧 最高血圧 _____ 最低血圧 _____
 肝炎 糖尿病 骨粗鬆症 その他 _____)
 - 今まで、入院・手術などの大きな病気にかかられたことはありますか いいえ はい (_____ 年くらい前 病名: _____)
 - アレルギーは ない ある (喘息 薬 _____ 食べ物 _____ その他 _____)
 - 現在または過去1年以内に医者にかかりましたか いいえ はい (_____ 科)
 - 現在飲んでいる薬は ない ある (何の薬 _____ 名前 _____ 1日に _____ 回)
 - 歯科で麻酔をしたことがありますか ない ある
 - 麻酔した時に異常がありましたか ない ある (気分が悪くなった 貧血 めまい その他)
 - その他、何かございましたらご記入ください (_____)

タバコを吸いますか 吸わない 以前吸っていた (_____ 年前)
 はい (1日 _____ 本くらい)

女性の方へお聞き致します いいえ はい (第 _____ 週)
 現在、妊娠中ですか※可能性がある場合を含む

1日に何回歯を磨きますか 1日 _____ 回 いつ磨きますか 朝 ・ 昼 ・ 夜

これまで歯科医院で経験した嫌なことがありましたらお教えてください できる限り配慮いたします
 言葉 対応 治療 時間 その他 _____

ご来院の都合のよい曜日・時間帯に○を最も都合がよい場所には◎を記入してください

	月	火	水	木	金	土
午前						
午後						
17:00以降						

その他、伝えておきたいこと
ご要望、ご意見があればお書き下さい