

# 予 診 表

診療を受けられる方へ

受付 年 月 日

ふりがな _____	男	明 大	年	月	日生	才
お名前 _____ 様	女	昭 平				
現住所 〒 _____			電話	(	)	
会社名 _____			電話	(	)	
職業 _____	紹介者 _____					様

①来院された理由

- (a) 歯が痛い (b) 歯がしみる (c) 虫歯がある (d) 歯の色が気になる(漂白)  
(e) 口が臭い (f) 歯ぐきが腫れたり、痛い (g) 歯ぐきから血が出る  
(h) 入れ歯を作りたい (i) 歯石をとりたい (j) 金属がとれた

②薬や食物でアレルギーを起こしたことがありますか

はい ( ) いいえ わからない

③現在のんでいる薬がありますか

はい(どのようなお薬ですか) ( ) いいえ

④手術とか歯を抜いたことがありますか

はい いいえ

そのとき何か異常がありましたか

はい いいえ

⑤次の病気にかかったことがありますか

心疾患 血液疾患 神経痛・リウマチ  
腎疾患 呼吸器疾患 糖尿病  
肝疾患 胃腸疾患 その他 ( )

⑥血液型 \_\_\_\_\_型 血圧 低い・普通・高い ( )

⑦現在妊娠中ですか はい ( 月 ) いいえ

⑧受診についてのご希望は

1. 痛いところだけ治したい
2. 相談の上、治療したい
3. 悪いところは全部治したい

⑨費用についてのご希望は

1. 保険診療の範囲内で治したい
2. 相談の上、保険以外多少の費用がかかってもよい
3. 保険診療にこだわらず治してほしい

⑩何かご希望があれば、ご記入下さい

( )

村田歯科クリニック 03-3429-7417

〒156-0054 東京都世田谷区桜丘2-29-7 塩入ビル2F

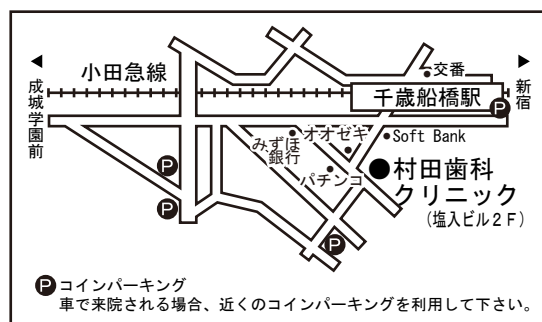
診療時間 / 平日 10:00~13:00 14:30~20:00

土曜日 10:00~13:00 14:30~17:00

休診日 / 日曜、祝日

最寄駅 / 小田急線千歳船橋駅下車1分

駐車場 / なし



(PAT. 出願中)