予　診　表

No.

ふりがな	ご職業
お名前　　男　女	年　齢 歳　　生年月日　大・昭・平　　年　　月　　日
ご住所　〒　　-	TEL　　-　　-
	ご紹介者　　様

○該当するものをチェックして、（　）内に詳細をご記入ください。

■本日はどうなさいましたか

☐ 痛みがある　☐ ムシ歯の治療をしたい　☐ つめたものがとれた　☐ 入れ歯を入れたい
☐ 歯ぐきが気になる　☐ 歯石をとって欲しい　☐ 歯並びが気になる　☐ 検査をして欲しい
☐ 歯を美しくしたい　☐ 歯がぐらぐらする　☐ その他（　　）

■この機会に

☐ 悪い所は全部治したい　☐ 今痛んでいる所だけ

■診療についてのご希望は

☐ 健康保険の範囲で治したい　☐ なるべく保険で、保険のきかない所は自費でも構わない
☐ 最もよい材料で完全に治したい　☐ 先生と相談して決めたい

■当院をどのようにお知りになりましたか

☐ ホームページ　☐ 建物・看板　☐ 口コミ　☐ ご紹介（　　様）　☐ その他（　　）

アレルギーの有無	薬や食物でアレルギーやジンマシンを起こした経験 ☐ なし　☐ あり　（いつ頃　　原因　　）
手術の経験	☐ なし　☐ あり　いつ頃（　　）　病名（　　）
慢性疾患	☐ ペースメーカー装着　☐ 透析
麻酔の経験	☐ なし　☐ あり　☐ 不明 ※異常の経験　☐ なし　☐ あり（　　）
抜歯の経験	☐ なし　☐ あり　☐ 不明 ※血が止まりにくかった事はありますか　☐ なし　☐ あり
歯磨き指導の経験	☐ なし　☐ あり　☐ 不明
歯周病治療の経験	☐ なし　☐ あり　☐ 不明

※この予診表は診療を行う際の重要な資料となりますので、ありのままをご記入ください。
※ご記入いただいた内要につきましては、当医院の診療のために利用・管理し、第三者に譲渡・提供することはございません。

医師記入欄

ご協力ありがとうございました。お呼びするまでしばらくお待ちください。

NAKAO DENTAL　なかお歯科医院