

## &lt; 予 診 録 &gt;

ふりがな 氏 名		生年月日	男 女	電 話 番 号	自 宅 — ( ) —
自宅住所	〒 —				携 帯・緊 急 連 絡 先 — ( ) —

当院ははじめてですか	1. はじめて 2. 前に来たことがある(平成 年 月頃)
歯や義歯について	1. 歯が痛い 2. 歯がしみる 3. はずれた 4. 歯周病(歯槽膿漏)の治療をしたい 5. 義歯を入れたい 6. その他( )
歯や歯ぐきについて (歯石除去・着色除去)	1. 治療を希望する 2. 治療を希望しない
歯科麻酔をしたことが ありますか	1. ない 2. ある イ)異常はなかった ロ)気分が悪くなった ハ)麻酔が効かなかった ニ)その他( )
歯を抜いた時異常は	1. ない 2. ある イ)気分が悪くなった ロ)血が止まらなかった ハ)熱が出た ニ)その他( )
健康状態について	1. 良好 2. 心臓病 3. 高血圧 4. 腎臓病 5. 肝炎 6. 糖尿病 7. リウマチ 8. ぜんそく 9. 妊娠中( 週) 10. その他( )
治療について	1. 悪い所は全部治したい 2. 希望するところだけ治したい
その他ご要望等ございましたら お書き下さい	
当院をどのようにして お知りになりましたか	1. チラシ 2. 家族・知り合いから(お名前: ) 3. 看板を見て 4. インターネット 5. その他( )
定期検診のお知らせ葉書を 送ってもよろしいですか	1. はい 2. いいえ