

新患用

予 診 表

記入日： 年 月 日

ふりがな
氏名 _____ 生年月日 大 昭 平 年 月 日
〒 _____
住所 _____ 自宅電話 () - _____
_____ 携帯電話 () - _____
勤務先名 _____ 勤務先電話 () - _____
メールアドレス _____

1. どうなさいましたか？ (気になる部位、状況・経過など詳しくお書きください)

2. 現在の健康状態は 良好 不調 妊娠 (している・可能性がある)
3. 以前に歯科で治療を受けた時に異常は ない 気分が悪くなった
血が止まりにくかった その他 ()
- ◆ どういう時でしたか？ 麻酔 抜歯 その他 ()
4. 血圧は 正常 高い 低い わからない (高 低)
5. 薬によるアレルギーは ない ある (抗生物質、その他)
6. 現在飲んでいる薬は ない ある (薬名)
7. 過去および現在の病気は ない ある (心臓、肝臓、腎臓、糖尿、鼻、咽喉)
その他 ()
8. 治療希望内容は 悪いところは全部治したい 相談してから 今日だけの応急処置のみ
9. 当院をどこで知りましたか？
電車広告 本・雑誌 看板 通りがかり
インターネット 新聞折込 その他 ()
 () 様の御紹介



リキタケ歯科医院