

予 診 票



せきね歯科クリニック

(ふりがな) お名前		年齢	ご予約の確認メール・お知らせメールご希望の方は メールアドレスをご記入ください	
生年月日	年 月 日生	男・女	才	
ご住所 〒			配偶者	職業・勤務先
TEL () 携帯 ()			有・無	TEL ()

どうなさいましたか	<input type="checkbox"/> むし歯の治療をしたい <input type="checkbox"/> 痛みがある <input type="checkbox"/> 詰め物・被せ物が取れた <input type="checkbox"/> 歯ぐきが気になる <input type="checkbox"/> 入れ歯を入れたい <input type="checkbox"/> 入れ歯の調子が悪い	<input type="checkbox"/> 歯科検診をしたい <input type="checkbox"/> 歯のクリーニングをしたい <input type="checkbox"/> 歯ならびが気になる <input type="checkbox"/> インプラントをしたい <input type="checkbox"/> 相談をしたい <input type="checkbox"/> その他()
次の病気をしたことがありますか	<input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 貧血症 <input type="checkbox"/> 心の病 <input type="checkbox"/> 外科手術(病名	<input type="checkbox"/> 肝炎(A型・B型・C型) <input type="checkbox"/> 呼吸器疾患 <input type="checkbox"/> 蓄膿症 <input type="checkbox"/> 高血圧(最高 / 最低 mmHg) <input type="checkbox"/> その他
現在、飲んでいる薬はありますか	<input type="checkbox"/> な い <input type="checkbox"/> あ る(薬品名:)	
血液型は何ですか	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> AB	
歯の麻酔注射を受けたことがありますか	<input type="checkbox"/> な い <input type="checkbox"/> あ る(その時、異常がありましたか <input type="checkbox"/> なかった <input type="checkbox"/> あった)	
歯を抜いたことがありますか	<input type="checkbox"/> な い <input type="checkbox"/> あ る(<input type="checkbox"/> その時貧血を起こした 回以上 <input type="checkbox"/> 正常であった)	
血が止まりにくかったことがありますか	<input type="checkbox"/> な い <input type="checkbox"/> あ る	
薬や食物でアレルギー、じんましんを起こしたことがありますか	<input type="checkbox"/> な い <input type="checkbox"/> あ る(いつ頃 何で)	
現在の健康状態	<input type="checkbox"/> 良 好 <input type="checkbox"/> 普 通 <input type="checkbox"/> 悪 い 女性の方のみ → <input type="checkbox"/> 生理中 <input type="checkbox"/> 妊娠中(ヵ月) <input type="checkbox"/> 授乳中	
当院に来院したきっかけは何ですか (複数可)	<input type="checkbox"/> 家が近所なので <input type="checkbox"/> ホームページを見て <input type="checkbox"/> 看板を見て <input type="checkbox"/> 広告を見て <input type="checkbox"/> 医療機関からの紹介 <input type="checkbox"/> 知人の紹介(お名前) <input type="checkbox"/> その他()	

治療にあたって何かご希望がありましたらお書きください

※ この予診票は、診療を行う際の重要な資料となりますので、なるべく正確にお書きください。
 ※ 上記の内容につきましては、個人情報厳守いたします。