

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
ご住所 〒		配偶者 有 ・ 無	職業・勤務先
TEL ()	携帯 ()	TEL ()	

どうなさいましたか	<input type="checkbox"/> 痛みがある <input type="checkbox"/> 詰め物・被せ物・差し歯が取れた <input type="checkbox"/> 歯が欠けた <input type="checkbox"/> 歯がしみる <input type="checkbox"/> 歯ぐきが腫れた <input type="checkbox"/> むし歯の治療をしたい <input type="checkbox"/> あごが痛い <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"/> インプラントをしたい <input type="checkbox"/> 歯のクリーニングをしたい <input type="checkbox"/> ホワイトニングをしたい <input type="checkbox"/> 歯ならびが気になる <input type="checkbox"/> 歯科検診をしたい <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"/> 肝炎(A型・B型・C型) <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 癌 <input type="checkbox"/> 呼吸器疾患 <input type="checkbox"/> 高血圧(最高 / 最低 mmHg) <input type="checkbox"/> 骨粗しょう症 <input type="checkbox"/> 貧血症 <input type="checkbox"/> 蓄膿症 <input type="checkbox"/> 心の病 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 外科手術(病名)																												
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)																												
薬や食物のアレルギーはありますか	<input type="checkbox"/> な い <input type="checkbox"/> あ る(いつ頃 何で)																												
タバコを吸いますか	<input type="checkbox"/> はい(1日 本ぐらい) <input type="checkbox"/> 以前吸っていた(年前) <input type="checkbox"/> いいえ																												
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(週) <input type="checkbox"/> 授乳中																												
治療について	<input type="checkbox"/> 悪いところは全部治したい <input type="checkbox"/> 気になるところだけ治したい <input type="checkbox"/> 保険の範囲で治したい <input type="checkbox"/> 保険外診療の話も聞きたい																												
当院に来院したきっかけ	<input type="checkbox"/> 近いので(自宅・勤務先・学校) <input type="checkbox"/> ホームページを見て <input type="checkbox"/> 看板を見て <input type="checkbox"/> 雰囲気良さそうだから <input type="checkbox"/> 紹介(お名前) <input type="checkbox"/> その他()																												
通院されるご希望の曜日・時間帯 には○を(いくつでも可)、 無理な曜日・時間帯もありましたら ×でお知らせください	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>火</th> <th>水</th> <th>木</th> <th>金</th> <th>土</th> <th>日</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>午前(9:30~13:00)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>午後(15:00~19:30)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>/</td> </tr> <tr> <td>17:00以降</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>/</td> </tr> </tbody> </table>		火	水	木	金	土	日	午前(9:30~13:00)							午後(15:00~19:30)						/	17:00以降						/
	火	水	木	金	土	日																							
午前(9:30~13:00)																													
午後(15:00~19:30)						/																							
17:00以降						/																							

治療にあたって何かご希望などござい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。