

# 予診表

土佐歯科医院  
0479-25-1321

フリガナ 氏名	男・女	Nationality 国籍
生年月日	年 月 日 (年齢 才)	E-mail
現住所 〒	TEL	
勤務先	TEL	
職業・職種		

現在困っていること	<input type="checkbox"/> むし歯 <input type="checkbox"/> 歯がぬけている <input type="checkbox"/> 歯がぐらぐらする <input type="checkbox"/> 頭痛・肩こり <input type="checkbox"/> かみ合わせがよくない <input type="checkbox"/> 痛い(歯肉、あごの関節) <input type="checkbox"/> 腫れている(歯肉、あご、頬) <input type="checkbox"/> 歯肉から血や膿がでる <input type="checkbox"/> 歯石がついている <input type="checkbox"/> その他( )
最近歯科にかかったことがありますか	<input type="checkbox"/> いままで全然ない <input type="checkbox"/> ある ●いつ頃( 年 月頃) ●どこで( ) ●どの部位でした( )
次の病気がありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 心臓 <input type="checkbox"/> 肝臓 <input type="checkbox"/> 腎臓 <input type="checkbox"/> 糖尿 <input type="checkbox"/> 高血圧・低血圧 <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> 関節炎 <input type="checkbox"/> リウマチ熱 <input type="checkbox"/> いつも鼻血がでる <input type="checkbox"/> その他( )
アレルギーがありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 薬物 (薬名 ) <input type="checkbox"/> 抗生物質 (薬名 ) <input type="checkbox"/> 食品 (品名 ) <input type="checkbox"/> 歯科の麻酔注射
妊娠は	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 妊娠中(出産予定日 月 日)
治療に対する御希望は	<input type="checkbox"/> 悪いところは全部治したい <input type="checkbox"/> 歯科(デンタル)ドック、定期検診を受けたい <input type="checkbox"/> 歯のクリーニングを希望する かかりつけ歯科医を希望しますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
かかりつけの内科医	医院名 TEL
紹介者	様
このホームページを 何でお知りになりましたか	

## 土佐歯科医院 0479-25-1321

〒288-0817 千葉県銚子市清川町3-6-2  
※ 駐車場完備

・診療時間  
月曜、金曜：9：00～12：30 14：30～18：00  
休診日：木曜・日曜・祝祭日

