

<カルテNO>

受付日 H 年 月 日

# 予 診 表

ふりがな

氏名: 生年月日 H・S・T・M 年 月 日

〒 紹介者

自宅住所: 電話(自宅): ( )

勤務先名:

住所: 電話(会社): ( )

Eメールアドレス 携 帯

初めて御来院の方へ

診療室に入っていたいただいた後、必要に応じてレントゲン撮影、又記録のため口腔内写を撮らせて頂くことがありますので、御協力をお願い致します。

当院では、診療内容について十分な御説明をすることに努力しておりますが、不安な事、疑問点等ありましたら御遠慮なくお訪ね下さい。

|                   |                |                  |          |    |
|-------------------|----------------|------------------|----------|----|
| 当院にお見えになったのは      | はじめて           | 前に来たことがある( )ヶ月前) |          |    |
|                   |                | ( )年位前)          |          |    |
| 具合の悪い場所を で囲んでください | 右上             | 前上               | 左上       |    |
|                   | 右下             | 前下               | 左下       |    |
| 本日来院された理由         | ムシ歯の治療をしたい     | 検査をして欲しい         |          |    |
|                   | 詰め物(さし歯など)が取れた | 歯の清掃、歯石を取りたい     |          |    |
|                   | 歯がかけてしまった      | 歯並びを直したい         |          |    |
|                   | 歯肉が腫れた         | 顎の関節が痛い          |          |    |
|                   | 義歯(入れ歯)が壊れた    | 又は 新しく作りたい       |          |    |
|                   | その他( )         |                  |          |    |
| 現在、痛みなどの苦痛がありますか  | ある             | 歯                | 舌        | 歯肉 |
|                   | ない             | 唇                | 頬        | 顎  |
| いつから痛いですか         | 本日より           | ( )日前から          | ( )週間前から | 時々 |
| どのように痛いですか        | ズキズキと痛い        | ずーっと痛い           |          |    |
|                   | 歯を合わせると痛い      | 何もしなくても痛い        |          |    |
|                   | 熱いものがしみる       | 冷たいものがしみる        |          |    |
| 最後に歯科治療を受けどの位前ですか | ある             | ( )ヶ月位前          |          |    |
|                   | ない             | ( )年位前           |          |    |

