＜カルテNO＞

予　診　表

受付日　H　　年　　月　　日

ふりがな　あおもり　はなこ

氏　名：青森　花子　　生年月日　H・(S)・T・M　53 年　4 月 12 日

〒031-0073　　紹介者　青森　太郎

自宅住所：八戸市売市 4 丁目 5-19　　電話（自宅）：　0178（　22　）5858

勤務先名：あおもりデンタルケア

住所：八戸市売市 4 丁目 5-19　　電話（会社）：　0178（　22　）5858

E ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ　　携　帯

初めて御来院の方へ

診療室に入っていただいた後、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、診療内容について充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　(□)（ 1 ）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⇒)　（ 2 ）ヶ月位前 □ない　（　　）年位前

◆その時に、治療内容や麻酔の注射をして、なにか異常がありましたか

□あった⇒ ①ひどく痛みが出た ②麻酔がきかなかった
□ない ③ひどく腫れた ④貧血を起こして気分が悪くなった
⑤その他（ ）

◆特異体質、アレルギーがありますか

□ある⇒ ①お薬（ ）②食べ物（ ）
□ない ③金属（ チタン ）④その他（ ）

◆今までに、大きな病気をしましたか

□ある⇒ ①心臓 ②肝臓 ③腎臓 ④糖尿
□ない ⑤不整脈 ⑥血圧（高い、低い ／ ）
⑦胃腸 ⑧喘息
⑨その他（ ）

◆現在、他の医療機関に通院していたり、服用しているお薬がありますか

□ある 医院名 （ ）
□ない 薬剤名 （ ）
いつから（ ）

◆治療範囲のご希望

□悪い所は全部治したい
□今、痛んでいる歯だけ治したい

◆通院の曜日、時間帯についてのご希望がありますか

□ある （ 金 ）曜日
□ない （ 3 ）時頃

◆当院を知った理由をお聞かせ下さい

□勤務先が近いので □野立て看板を見て
□家が近所なので □CM（ラジオ等）
□パンフレットを見て □電話帳（タウンページ）
□ホームページを見て
□その他（ ）

◆現在、妊娠していればご記入下さい。 ヶ月
（治療期間中に妊娠された方はお知らせ下さい。）

あおもりデンタルケア Tel 0178-22-5858

当院は取得した個人情報を、当該業務の遂行に必要な範囲内で利用します。その他の目的に利用することはありません。