予診表(WEB)

年　月　日

フリガナ お名前		性別	男　女	生年月日	大 昭　年　月　日（　歳） 平
現住所	〒　-			電話	ー　ー
勤務先 (学校)				電話	ー　ー
当院を知ったきっかけ	ご紹介者　様 ・医院を直接見て　・タウンページ　・チラシ　・インターネット ・その他（　）				

次の事柄は、よりよい診療を行うための大切な資料となります.
お手数ですが, 該当する番号に○をつけてお答えください.

どうしましたか	1. 歯が痛い　2. 歯ぐきが痛い　3. つめ物がとれた　4. 検診 5. 歯のクリーニング　6. 歯並びの相談　7. その他（　）
次の病気にかかったことはありますか	1. 心臓　2. 肝臓　3. 腎臓　4. 胃・腸 5.貧血　6. 糖尿病　7. 蓄のう症　8. 高血圧（　/　） 9. その他（　）　10. 上記にかかったことはない
飲んでいるお薬はありますか	1. ある　病名（　） 薬名（　）　2. ない
アレルギーはありますか	1. ある　具体的に（　）　2. ない
歯の治療・麻酔・抜歯などで具合を悪くしたことがありますか	1. ある　具体的に（　）　2. ない
妊娠していますか(女性)	1. はい　（　ヶ月）　2. いいえ
授乳中ですか(女性)	1. はい　2. いいえ
診察に対してご希望がありましたらお書きください	

上記に関して相違なければご署名をお願いいたします.

あおぞら歯科クリニック
AOZORA DENTAL CLINIC