

記入日

年

月

日

No.

予診表

当院をお知りになったのは？ 中沢歯科医院 HP G-Press 他サイト
 人から聞いて 御紹介者 様 その他

個人情報について

知り得た個人情報は個人情報保護法に基づき、当院からのお知らせ等の配信および診療目的以外の利用はいたしません。

ふりがな
氏名 _____ 生年 大 昭 平 _____ 年 月 日 男 女 _____ 歳

住所 _____

昼間連絡先 _____ 夜間連絡先 _____

お呼びする際にお名前でお呼びしてもよろしいですか？ はい いいえ

どうされましたか？

当てはまるものに をつけて下さい(いくつでも)

- 歯が痛い・しみる 腫れた 冠・つめものがとれた 口臭が気になる 顎が痛い
- 園・学校・職場の検診で受診しなさいといわれた 入れ歯が痛い・壊れた・具合が良くない
- 着色・歯石を取ってほしい むし歯を治したい 歯周病を治したい 歯ならびを治したい
- 検査をしてほしい インプラントを入れたい その他 _____

お体の具合について

過去のものも含め 当てはまるものに をつけて下さい
また 下線部に具体的な内容を書いて下さい

- 健康である
- 心筋梗塞・狭心症など心臓病 高血圧症 くも膜下出血など脳血管障害
- 肝炎など肝臓病 腎臓病 アスペルガー症候群・LD・ADHD などの発達障害
- うつ病・パニック障害など心理的疾患 ぜんそく
- その他疾患・障害がある _____
- 薬を常用している _____
- アレルギーがある _____
- 妊娠している、またはその可能性がある _____ か月

歯科治療について

治療に際し配慮が必要な事があればお書き下さい

- 以前、治療中に気分が悪くなったことがある 痛みや恐怖などストレスに対し極度に弱い
- 嘔吐がおこりやすく、型を採ったりレントゲンフィルムをお口の中に入れるのが苦手
- 鼻呼吸ができず治療中いつも息が苦しい
- その他 _____



中沢歯科