

台東区浅草歯科医師会共通予診表

本予診表は台東区浅草歯科医師会加入歯科医院で受付しています。
ご記入後、診療を希望される歯科医院へご提示ください。

年 月 日

フリガナ 氏 名	生年月日 明 大 年 月 日生 歳 昭 平
ご連絡先の電話 会 社 自 宅	E-mail
住 所 (自宅) 〒	

どうなさいましたか？	歯（歯ぐき）が痛む 入れ歯の相談 検査 汚れ・歯石をとってほしい 歯並び その他
内科的な病気は ありますか？	ない ある（心・腎・肝・脳・アレルギー・血圧・糖尿・その他）
常用薬はありますか？	ない ある（ ）
薬を飲んで副作用は ありませんでしたか？	ない ある（胃が痛くなる・発疹が出る・かゆくなる） 薬の名前（ ）
今までの歯科治療で 異常がありましたか？	ない ある（麻酔・抜歯・その他）
治療の希望について	悪いところは全部治したい 痛いところだけ治したい
その他	治療・治療費・治療の日時など、ご希望があればお書き下さい
このホームページを 何でお知りになりましたか	