

フリガナ お名前	様	生年月日 昭・平 年 月 日 才
ご住所(自) 〒		TEL
ご住所(勤) 〒		TEL
ご職業		ご紹介者 様
E-mail		

次の質問は、あなたの健康状態を知り、ぜひ治療上の参考にさせていただきたいと考えています。あなたのプライバシーは厳守させていただきますので、できるだけ正確にご記入下さい。あてはまるところには 印をおつけください。

- (1) どうなさいましたか
 1. 歯が痛い 2. つめたものがとれた 3. 歯石をとりたい 4. 歯を白くしたい
 5. 入れ歯をつくりたい 6. その他 ()
- (2) 診療についてのご希望
 1. 今痛いところだけ治したい 2. 悪いところは全部治したい
 3. 先生と相談して治したい 4. 保険の範囲内で治したい
 5. 保険で出来ないところは自費でもよい 6. 最も良い方法で治したい
- (3) 今までにかかった病気は
 1. ない
 2. ある
 - a. 心臓病 b. 高血圧症 c. リウマチ d. ぜんそく e. 肝臓病
 - f. 肝臓病 g. 脳卒中 h. てんかん i. 糖尿病 j. 薬物アレルギー
 - k. 甲状腺の病気 l. その他 ()
- (4) 現在薬を飲んでいますか
 1. いいえ
 2. はい (薬品名)
- (5) 最近こんな症状で悩んでいませんか
 1. 口が開けづらい 2. 偏頭痛 3. 肩こり 4. 腰痛
 5. ひざが痛い 6. その他
- (6) 上記以外に特に伝えたいことがありますか

ありがとうございました。この予診表を来院される時にお持ち下さい。

あしだ歯科医院

診療時間 (予約制)

月・火・木・金 9:00 ~ 12:00 14:30 ~ 19:00

水・土 9:00 ~ 12:30

休診日 日曜日・祝祭日

連絡先

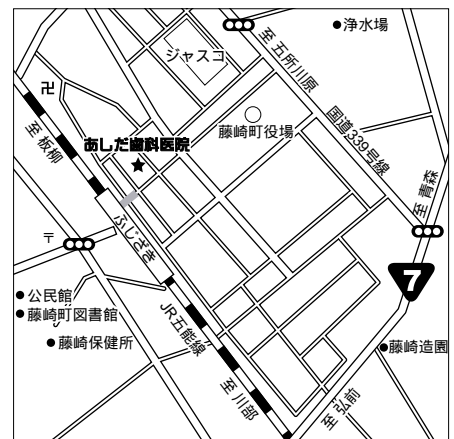
TEL 0172-75-6480 (ムシバゼロ)

FAX 0172-75-6481

〒038-3803 青森県南津軽郡藤崎町大字西豊田1-12-9

・JR五能線 「藤崎駅」下車徒歩2分

・駐車場あり



(PAT. 出願中)