			年	月	日
(A) がな 氏 名	男・女	生年月日	年	月	日
住 所 〒 (部屋番号もお願いします)					
職業		ご連絡先(口自宅	□会社	□携帯)	
この予診表は、患者さんにより良い治療を受けて頂くための参考資料となります。皆さんの プライバシーは厳守いたしますので、該当する口の中にレ印をご記入ください。					
どうなさいましたか	□歯が痛い □虫 □入れ歯の具合が悪い □学校検診の紙をもらった □ホワイトニングをしたい		清掃した	い	・痛い)
どこが痛みますか	右上 上前 左上 右下 下前 左下	'			
痛みはどのくらい前からですか	□今日から □()日前から)ヶ月間前	前から
当院医院にかかられるのは	□初めて ご紹介者様 (□ご家族 □前にも来たことがある (口ご友人 口職 ^は 年前頃)	様) 揚関係	口その他	ĵ
最近歯の治療を受けたのは	口()ヶ月前)年前		
歯科治療で麻酔を受けたことが ありますか	□ある (その時の様子は・・・ □特に何もなかった □具合が悪くなった) □ない				
歯を抜いたことがありますか	□ある □ない				
歯を抜いたときに 異常はありましたか	□ある □血が止まりにくかった □痛みが続いた □具合が悪くなった □麻酔が効きにくかった □ つない □ こその他 ()				
特異体質やアレルギーは ありますか		物アレルギー(粉症 口かぶれや ^っ	すい ロ	貧血をおこ) .す)
血圧は正常ですか	□正常 □高血圧	□低血圧 □われ	からない		
現在及び過去にかかられた病気は ありますか (ありましたか)	□心臓病 □肝臓病(肝 □胃腸疾患 □神経系疾患 □抗がん剤治療 □その	□骨粗鬆症	□糖尿病 □てんかん	口血液類 プロ甲状態	
現在、歯以外の病気で治療を 受けていますか	□受けている(□いない	病院			科)
現在飲まれているお薬はありますか	□ある(薬名:) 口な	い	
女性の方 現在妊娠中ですか	口はい (ケ月)	□授乳中	□いい	え	
その他、何かご要望が ございましたらお書きください					

エガワ歯科医院 054-351-1271

【 住 所 】静岡県静岡市清水区梅田町 2-1

[T E L] 054-351-1271

土曜 09:00 ~ 17:00

【休診日】木曜・日曜

【最寄バス停】しずてつジャストライン

岡町西 下車 徒歩1分

港橋 下車 徒歩5分

【 駐 車 場 】あり(9台)



