

予診表 あいがせ歯科 03-3431-8666

年 月 日

ふりがな 氏名	男・女	生年月日 年 月 日 (歳)
住所	TEL	
連絡先または学校名	連絡先 TEL (<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 会社 <input type="checkbox"/> 携帯)	
E-mail		

以下の質問に簡単にお答え下さい。分かる範囲で結構です。該当する□の中にV印をご記入下さい。

当院をどなたかにご紹介頂いた。	<input type="checkbox"/> はい (お名前 様) <input type="checkbox"/> いいえ
今日は何の様な症状に対する診察をご希望していらしたのですか？	
その症状は、いつ頃から続いていますか。	(月 日頃)
現在 歯科以外の診療科に通院中である。	<input type="checkbox"/> はい (病名) (病院名) (診療科名) (担当医) <input type="checkbox"/> いいえ
現在常用されているお薬がありましたらご記入下さい。	
何か薬にアレルギーがありますか。	<input type="checkbox"/> はい (薬剤名) <input type="checkbox"/> いいえ
今までに何か大きな病気にかかったことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい (病名) (歳ごろ) <input type="checkbox"/> いいえ
輸血を受けられたことがある。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
肝炎にかかれたことがある。	<input type="checkbox"/> はい (肝炎の種類 <input type="checkbox"/> アルコール <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C) <input type="checkbox"/> いいえ
健康診断で異常があると いわれたことがある。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
けがをした時や歯を抜いた時、 血が止まりにくい。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
歯科治療を受けて 気分が悪くなったことがある。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
現在妊娠中である。 またはその可能性がある。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
タバコを吸われますか。	<input type="checkbox"/> はい (1日 本) <input type="checkbox"/> いいえ
このホームページを 何でお知りになりましたか。	

あいがせ歯科 03-3431-8666

東京都港区芝大門 1-4-9 大門ビル 2F

診療時間 / 月～金 AM8:30～13:00 PM2:30～6:30

土 曜 AM9:00～13:00 PM2:00～5:00

休診日 / 日曜日・祝祭日

(水・土曜日は隔週で交互に休診)

最寄駅 / JR 浜松町駅、都営三田線 御成門駅

都営浅草線・都営大江戸線 大門駅



(P. A. T. 出願中)