

予診表 井上歯科クリニック 0429-71-6480

社本・国家
国本・国家

カルテ No
年 月 日

ふりがな

氏名 男・女 住所
生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 才 自宅 Tel

職業・勤務先
勤務先 Tel
E-mail

来院の動機は

- 歯が (痛い・しみる・かけた・虫歯・動く)
 - 歯ぐきが (痛い・はれた・血やうみが出る)
 - つめ物や冠が (はずれた・こわれた)
 - 入れ歯が (かめない・あわない・こわれた・あたって痛い・新しく作り直したい)
 - 虫歯や歯槽膿漏の予防処置をしてほしい
 - 前歯をきれいにしたい
 - 歯石をとりたい
 - 定期診査のため
 - その他 ()
- 当院にお見えになったのは
- 初めて (広告、看板を見て・家族、知人の紹介)
 - 以前来たことがある 年 月 位前
- 特異体質やアレルギーはありませんか (ない・ある)
 歯科の麻酔注射をしたことがありますか (ない・ある)
 その時に異常はありましたか (ない・ある)
 歯を抜いた時に異常はありましたか
- 血が止まりにくい
 - 貧血を起こした
 - 何日も痛みが続いた
 - 熱が出た
- 今までに大きな病気をしたことは
 ない
 ある (肝臓・腎臓・心臓・糖尿・その他)

現在の健康状態は

- 正常・良くない ()
 妊娠中 (出産予定日 年 月 日)
 血圧は ()
 普通・高い・低い・わからない
 毎日常用している薬は ()
 ない・ある ()
 歯みがきについて
 1日 () 回 (朝・昼・夜)
 この機会に
- 悪い所は全部なおしたい
 - 今痛んでいる所だけなおしたい
- その他特別のことはありますか (希望等)

来院の希望

() 曜日 午前・午後 () 時頃
 いつでも良い
 このホームページを何でお知りになりましたか

主訴

8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
E D C B A								A B C D E							
E D C B A								A B C D E							

治療順序予定

1. _____ 2. _____ 3. _____
4. _____ 5. _____ 6. _____

使用材料・その他

パノラマ番号

井上歯科クリニック 0429-71-6480

院長 井上一彦
 埼玉県飯能市栄町 20-1 プリランテ飯能 1F
 診療時間 / 月 9:00 ~ 13:00 14:30 ~ 18:30
 火 ~ 金 10:00 ~ 13:00 15:00 ~ 20:00
 土 9:00 ~ 13:00 14:00 ~ 17:00
 休診日 / 日曜・祝祭日
 最寄駅 / 東飯能駅
 駐車場 / 有り

(PAT. 出願中)

