

# 予診表

## 村岡歯科医院

0467-74-6100

年 月 日

ふりがな 氏名	男・女	生年月日	年 月 日
住所	TEL		
職業	TEL		
E-mail			

当医院では、患者さん一人一人にカウンセリングを実施し、総合的に診査をしたうえで治療を始めます。この表は大切な参考資料になりますので、次の質問に正確にお答えください。

どうなさいましたか	<input type="checkbox"/> 虫歯の治療をしたい <input type="checkbox"/> 歯肉から出血する <input type="checkbox"/> 詰め物や差し歯が外れた <input type="checkbox"/> 義歯を入れたい	<input type="checkbox"/> 検査をしてほしい <input type="checkbox"/> 歯石を除去したい <input type="checkbox"/> 肩が凝る <input type="checkbox"/> その他 ( )
どこが痛みますか	<input type="checkbox"/> 歯 <input type="checkbox"/> 歯肉 <input type="checkbox"/> 顎 <input type="checkbox"/> 頬 <input type="checkbox"/> 舌 <input type="checkbox"/> 痛みはない	
痛みはどのくらい前からですか	<input type="checkbox"/> 今日はじめて <input type="checkbox"/> 日前から <input type="checkbox"/> 週間前から	
歯を抜いたことがありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ヲ月前 <input type="checkbox"/> 年前	
今まで麻酔注射をしたり、歯を抜いたときに異常はありませんでしたか	<input type="checkbox"/> 麻酔や歯を抜いたことがない <input type="checkbox"/> 異常はなかった <input type="checkbox"/> あった ( )	
特異体質やアレルギーはありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 湿疹 <input type="checkbox"/> アトピー <input type="checkbox"/> 食物アレルギー <input type="checkbox"/> その他 ( )	
かかりつけの医院はありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ( 医院名 担当医名 )	
内科的な病気はありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 心臓 <input type="checkbox"/> 肝臓 <input type="checkbox"/> 腎臓 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿 <input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
現在服用している薬はありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ( 薬名 )	
女性の方へ	<input type="checkbox"/> 生理中 <input type="checkbox"/> 妊娠 ( ヲ月 )	
治療範囲は	<input type="checkbox"/> 悪いところは全部治したい <input type="checkbox"/> 痛むところだけ治したい	
このホームページを何でお知りになりましたか		

村岡歯科医院 0467-74-6100

神奈川県高座郡寒川町岡田 951-3

診療時間 / 月曜日・火曜日・水曜日・金曜日・土曜日

AM9:00 ~ 12:30 PM2:00 ~ 6:30

休診日 / 木曜・日曜・祝祭日

最寄駅 / JR 相模線 寒川駅

駐車場 / 有り



(PAT. 出願中)