

あなたと福岡歯科をむすぶ予診表

年 月 日

フリガナ 氏 名		ご紹介者 様（会社名等）	
生年月日 大・昭・平成 年 月 日 才		ご希望の治療時間帯、曜日など： 月・火・水・木・金・土・日 朝・昼・夕方	
住 所 (自宅)	〒 自宅電話番号：() -		
連 絡 先	① 会社・携帯・その他、こちらからの連絡は（可能・不可能）、電話：() - ② 会社・携帯・その他、こちらからの連絡は（可能・不可能）、電話：() - ③ メールアドレス：()		
当院におみえになったのは		はじめて（インターネット、知人の紹介、医師の紹介、看板、その他） 以前来院したことがある（ 年 カ月位前、 年 月 日） その時の担当医師名は（ ）	
どうなさいましたか		むし歯の治療をしたい 検診をしてほしい 入れ歯を入れたい 歯ならびをなおしたい 歯の清掃をしてほしい その他（ ）	
痛 い 方 は	どこがお痛みですか	右上 前上 左上 1. 歯 2. 歯ぐき 3. 頬 右下 前下 左下 4. 舌 5. 唇 6. 顎	
	いつから	今日はじめて（ ）日前から ずっと前から ときどき	
	今は	痛くない すこし痛い ひどく痛い	
	痛み方は	ズキズキ痛い 痛んだり止んだり 歯をかみ合わせると痛い 冷たいものがしみる 熱いものがしみる その他（ ）	
歯を抜いたことがありますか そのとき何か異常はありませんでしたか		な い あ る 最後に抜いたのは（ ）年位前／（ ）ヶ月位前 血が止まらなかった 貧血を起こした 何日も痛みが続いた はれた 熱が出た	
過去に麻酔をして異常はありましたか		な い あ る（ ）	
薬を飲んで副作用はありますか		な い あ る 胃が痛くなる 発疹がでる かゆくなる 薬の名前（ ）	
特異体質やアレルギーはありますか		な い あ る かぶれ じんましん ぜんそく その他（ ）	
人間ドックや健康診断は受けていますか		な い あ る (いつ頃)	
内科的な病気は 過去 ・ 現在		な い あ る 心臓 腎臓 肝臓 耳 鼻 ノド 糖尿 血圧(/) その他()	
最近薬を飲んでいますか		な い 飲んでいる (薬の名前)	
サプリメントは飲んでいますか		な い 飲んでいる (サプリメントの名前)	
かかりつけの医院		医院名 担当医 電 話 ()	
女性の方のみ お答え下さい		生理は順調ですか はい いいえ 現在妊娠していますか はい () ヶ月 いいえ	
リコール葉書や季節の便りなど		送付してもよい 送付不要	
その他、特別なことがあれば ご記入ください			

※ ご提供いただきました個人情報、当院の診療目的以外には一切使用しません。

詳しくは、HP(www.418.co.jp/fukuoka/)の「個人情報保護法について」を御覧頂くか、受付までお問い合わせ下さい。

福岡歯科 郵船ビル院 03-3664-1145

中央区日本橋茅場町1-8-3 茅場町郵船ビル3F

診療時間／AM9：30～PM1：00

PM2：00～PM6：00

(火曜、木曜はPM7:00迄、
土曜はPM5：00迄)

休診日／第1,3,5土曜日・日曜日・祝祭日

最寄り駅／地下鉄東西線・日比谷線茅場町駅

6番出口より日本橋方向へ徒歩1分



〈携帯サイトQRコード〉



(PAT. 出願中)