

一般歯科 予診表

初診 ・ 再診

年 月 日

初診の患者様、来院が1年以上空いた患者様へ予診表の記入をお願いしております。
できるだけ正確にご記入ください。個人情報、厳重に管理させていただきます。

ふりがな 氏名	男・女	生年月日 M・T・S・H	年	月	日
住所 〒	TEL(自宅)				
職業	TEL(携帯)				

どうなさいましたか 部位や痛みの様子など 詳しくご記入ください	(例) 右上の奥歯が痛い、しみる、詰め物・かぶせ物がとれた、歯の検診がしたい		
痛みや症状はいつからですか	日前	週間前	か月前
今までに麻酔をしたり歯を抜いたことはありますか またそのときに異常はありましたか (○をつけてください)	異常なかった ・ 麻酔をしたことがない ・ 歯を抜いたことがない 気分が悪くなった ・ 貧血やめまいがした ・ 血が止まらなかった 何日か痛んだ ・ 抜歯後腫れた ・ その他()		
現在飲んでいる薬はありますか それはどのようなお薬ですか	ない / ある	薬の名前() 薬の効能()	
これまでに薬を飲んだり注射をして異常がでたことがありますか	ない / ある	かゆみがでた ・ 発疹がでた その他() 副作用のあった薬名・種類()	
アレルギーまたは特異体質 などがありますか	いいえ / はい	じんましん ・ ぜんそくがある ・ かぶれやすい アレルギー 金属 ・ ゴム ・ アルコール その他()	
現在またはこれまでにおおきな病気をしたことがありますか 現在病院にかかられている方は病名や病院名もご記入ください	心臓 ・ 脳血管系 ・ 腎臓 ・ 肝臓(肝炎 / 肝硬変) ・ 消化器系 高血圧(/ mmHg) ・ 糖尿(HbA1c %) その他() 病名() 病院名() 担当医()		
女性の方へ	妊娠の可能性がある ・ 妊娠中(月) ・ 授乳中		
定期的なお口の中のレントゲン撮影を希望されますか(年1回～)	はい ・ いいえ ・ 相談して決めたい		
治療や費用について 該当する項目すべてに○をつけてください	最も良い材料と方法で治したい ・ 自費と保険を比較して検討したい 保険のきく範囲で治したい ・ 悪いところをすべて治したい 痛いところだけ治したい ・ 治療だけでなく治療後の定期検診もしたい		
どのようにして当院をお知りになりましたか (○をつけてください)	家や職場に近い ・ 看板を見て ・ 家族が通っている 友人や知人の紹介 ・ 他の医院や医師の紹介 ・ ホームページを見て ご紹介者名や医院名 () 様		
治療についてのご要望やご質問など お気軽にご記入ください			



医療法人社団 未来会 アツギトレリス歯科

厚木市戸室5-31-1 アツギトレリス3F
TEL 046-225-8577 FAX 046-259-5656

