

予診表 アツギトレリス歯科 046-225-8577

年 月 日

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

メールアドレスをご記入いただいた方には当院より最新情報をお送りさせていただきます

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"/> 顎 <input type="checkbox"/> 舌	<input type="checkbox"/> 歯肉 <input type="checkbox"/> 頬 <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"/> () ヶ月前 <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 (カ月)																																						
治療範囲は	<input type="checkbox"/> 保険内、保険外すべての説明を聞きたい <input type="checkbox"/> 保険内のみで説明は不要																																						
通院できる時間帯に○をしてください	<table border="1"> <tr> <td></td> <td>月</td> <td>火</td> <td>水</td> <td>木</td> <td>金</td> <td>土</td> <td>日</td> </tr> <tr> <td>午前</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>午後</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>夜</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>								月	火	水	木	金	土	日	午前								午後								夜							
	月	火	水	木	金	土	日																																
午前																																							
午後																																							
夜																																							
当院を何で知りましたか (複数チェック可)	<input type="checkbox"/> 家、会社が近い <input type="checkbox"/> ホームページを見て () と検索 <input type="checkbox"/> 紹介 (紹介者名)																																						
	<input type="checkbox"/> 雑誌、本を見て <input type="checkbox"/> 看板を見て																																						

アツギトレリス歯科 046-225-8577
 〒243-0031
 神奈川県厚木市戸室5-31-1 アツギトレリス3F
 診療時間 / 平日 10:00~13:00 14:00~19:00
 土日 10:00~13:00 14:00~18:00
 年中無休
 最寄駅 / 小田急本厚木駅
 駐車場 / あり (アツギトレリス内1500台完備)



携帯サイト

(P. A. T. 出願中)