

(フリガナ)

住所・お電話番号の変更がある方

お名前

は下の枠内を記入して下さい

〒 ご住所	お電話番号:
----------	--------

※ この予診票は、あなたの診療の為に大切な参考資料です。できるだけ正確にご記入下さい。

下記は全て現在の状態把握のため、実施させて頂きたい検査です。ご了承頂ける項目に☑して下さい。

- 唾液による虫歯などのリスク検査(¥1980) 量子共鳴磁気分析による健康検査(¥3300)
 最悪歯周病菌のPCR検査(¥3300) 姿勢測定分析(¥1980)

◆ どうなさいましたか？

- 検診希望 歯の清掃希望 セカンド・オピニオン
 歯ぐきがはれた・痛い 歯が痛い・しみる 虫歯治療希望
 詰め物・かぶせ物が取れた 歯のない所に歯を入れたい 入れ歯のトラブル
 その他 _____

◆ 処置が必要な所はどこですか？

- 右上の奥歯 上の前歯 左上の奥歯 あご 唇
 右下の奥歯 下の前歯 左下の奥歯 舌 頬
 その他 _____

◆ 現在のお身体の状態はいかがですか？

- 問題ない 通院中など → _____

◆ 現在、使用しているお薬や注射はありますか？

- ない あり → 薬剤名: _____

◆ 薬や麻酔で副作用が起こったことがありますか？

- ない あり → _____

◆ 過去に大きな病気や手術などを経験されたことがありますか？

- ない あり → _____

◆ アレルギー(「かぶれ」や「じんましん」等を含む)はありますか？

- ない あり → _____

◆ 1日の食事の回数について…食事 _____ 回

◆ 喫煙習慣はありますか？

- ない あり(本/日、 歳から) 過去にあり(年間)

◆ 治療方法について

- 将来を見据えて、健康を維持していく為に最善の方法で、治療が受けたい(自費治療)
 自費治療・保険治療の両方の説明を聞いてから、決めたい
 歯科における保険治療のリスクは十分理解しているので、保険の効く範囲内で治療希望
 (保険のルール外のことはできません)

◆ 診療予約についての希望はありますか？

- ◇ご希望の曜日: _____ ◇時間帯: _____

正確にご記入頂き、ありがとうございました。