

# 予診表

## 柴又歯科医院

### 03-3607-8244

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"/> 週間前から	<input type="checkbox"/> 日前から
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"/> カ月前 <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"/> 食物アレルギー <input type="checkbox"/> その他（ ）	<input type="checkbox"/> 湿疹 <input type="checkbox"/> アトピー
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"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> その他（ ）	<input type="checkbox"/> 肝臓 <input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> 腎臓 <input type="checkbox"/> 高血圧
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"/> 妊娠（ カ月）	
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		

### 柴又歯科医院 03-3607-8244

東京都葛飾区柴又 1-48-4

診療時間／月・水・金曜日 9：00～12：00 13：30～20：00  
火曜日 9：00～12：00 13：30～19：00  
木曜日 13：30～19：00  
土曜日 9：00～12：00 13：30～17：00

休診日／日曜日 祝祭日  
最寄駅／京成線 柴又駅  
駐車場／有り

