

<カルテNO>

受付日 H 年 月 日

予 診 表

ふりがな

氏名: 生年月日 H・S・T・M 年 月 日

〒 紹介者

自宅住所: 電話(自宅): ()

勤務先名: 住所: 電話(会社): ()

Eメールアドレス 携 帯

初めて御来院の方へ

診療室に入っていたいただいた後、必要に応じてレントゲン撮影、又記録のため口腔内写を撮らせて頂くことがありますので、御協力をお願い致します。

当院では、診療内容について十分な御説明をすることに努力しておりますが、不安な事、疑問点等ありましたら御遠慮なくお訪ね下さい。

当院にお見えになったのは	はじめて	前に来たことがある()ヶ月前)		
		()年位前)		
具合の悪い場所を で囲んでください	右上	前上	左上	
	右下	前下	左下	
本日来院された理由	ムシ歯の治療をしたい	検査をして欲しい		
	詰め物(さし歯など)が取れた	歯の清掃、歯石を取りたい		
	歯がかけてしまった	歯並びを直したい		
	歯肉が腫れた	顎の関節が痛い		
	義歯(入れ歯)が壊れた	又は 新しく作りたい		
	その他()			
現在、痛みなどの苦痛がありますか	ある	歯	舌	歯肉
	ない	唇	頬	顎
いつから痛いですか	本日より	()日前から	()週間前から	時々
どのように痛いですか	ズキズキと痛い	ずーっと痛い		
	歯を合わせると痛い	何もしなくても痛い		
	熱いものがしみる	冷たいものがしみる		
最後に歯科治療を受けどの位前ですか	ある	()ヶ月位前		
	ない	()年位前		

