

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。

下記の項目について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	生年月日
氏名	M・T・S・H・R
住所 〒	TEL(自宅)
職業	TEL(携帯) 予約日前日にSMSにてご連絡致します

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、歯の健診がしたい、しみる etc... ()
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 それほ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 かゆみが出た ・ 発疹が出た 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 花粉症 ・ 金属 ・ ゴム ・ アルコール その他()
現在またはこれまでににおおきな病気をしたことがありますか	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 %)
現在病院にかかっている方は病名や病院名もご記入ください	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(か月) ・ 授乳中・可能性がない
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 悪いところをすべて治したい ・ 治療だけでなく治療後の定期検診もしたい
来院しやすい曜日に○を付けて下さい	日 ・ 月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土
AM・PM・時間帯等希望があればご記入ください	
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)	家や職場が近い ・ 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