

# 予診表 岡田歯科クリニック 0729-25-1888

初診年月日 年 月 日 カルテ No. _____	
フリガナ 氏名	男・女 M. T. S. H. 年 月 日生(オ)
住所 〒	TEL
勤務先 (会社名)	TEL 内線
E-mail	
以下の該当の個所を で囲んで下さい	
<p>ご来院の理由</p> <p>A 歯が痛いから B 歯ぐきが痛いから C 虫歯の治療をしてほしいから D 歯槽膿漏が心配だから          E かみ合わせが良くないから F 口を開けると音がするから G 歯ならびをなおしたから H 入歯を入れたいから          I 歯を美しくしたいから J 歯石を取ってほしいから K 精密検査を希望のため L 人工歯根を入れたい          M その他( )</p>	
<p>現在の身体の状態</p> <p>A 特に異常はない B 心臓が悪い C 血圧が高い( )          D 血が止まりにくい E 貧血を起こしやすい F 妊娠している( )          G 薬に対してアレルギーである H 現在薬をのんでいる その名( )          I その他( )</p>	
<p>過去の病気について</p> <p>・次の病気にかかったことがありますか          A 蓄膿症 B 心臓病 C 高血圧、低血圧 D 糖尿病 E 腎炎 F 肝炎 G 血液病(白血病、血友病、その他)          H ぜんそく I 皮膚疹、じんま疹 J その他( )</p> <p>・次の薬を使ったことがありますか ある ない          A 歯科の麻酔 B ピリン系風邪薬 C 抗生物質          その時、副作用がありましたか あった なかった</p>	
<p>かかりつけの医師があれば 医院( 科) TEL.</p>	
<p>この機会に</p> <p>・悪いところは全部なおしたい          ・今、痛んでいるところだけなおしたい</p>	<p>治療費について</p> <p>A 先生と相談して決めたい          B 保険の範囲でなおしたい</p>
<p>このホームページを何でお知りになりましたか</p>	<p>治療時間について</p> <p>・時間はいつでも都合がつく          ・通院の時間は都合がある          午前 _____ 時頃 午後 _____ 時頃</p>
<p>治療についてのご希望</p>	

上記記入の上、ご署名下さい。

御署名 \_\_\_\_\_

岡田歯科クリニック 0729-25-1888

大阪府八尾市西山本町1丁目6番6号

診療時間 / 平日 10:00 ~ 13:00 14:30 ~ 20:00

土曜 10:00 ~ 13:00 14:00 ~ 17:00

休診日 / 日・木・祝日

最寄駅 / 近鉄大阪線 山本駅 徒歩5分

