受付日　　　　　年　　　月　　　日

受付NO.

**予 診 票**

※初めてご来院する患者さまは、以下の項目にご記入をお願いいたします。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| （ふりがな） |  | | 生年月日 | 年　　　　月　　　　日 | | |
| お名前 |  | | 年齢 |  | 性別 |  |
| ご住所 |  | | 電話番号 |  | | |
| 携帯電話 |  | | |
| 1. 来院の理由をお答えください。 | | ・歯が痛い　・虫歯　・歯がしみる　・歯石取り　・検診  ・詰め物がとれた　・入れ歯をつくりたい　・矯正したい  ・その他の症状（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 2. 症状がある場所はどこですか？ | | ・上前歯　・下前歯　・左上　・左下　・右上　・右下 | | | | |
| 3. その症状はいつ始まりましたか？ | | ・　　月　　日頃から　・その他（　　　　　　　　　　） | | | | |
| 4. ご希望の治療方法をお答えください。 | | ・痛みがとれればよい　・悪い所を全部治したい  ・保険の適用範囲で治療したい　・保険適用外は自費でも可  ・医師と相談して決めたい | | | | |
| 5. その他のご要望をお聞かせください。 | |  | | | | |
| 6. 歯を抜いたことはありますか？ | | ・なし　・あり（具体的な場所　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 7. その際に異常はありましたか？ | | ・なし　・あり（具体的に　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 8. 大きな病気にかかりましたか？ | | ・心臓病　・肝臓病　・腎臓病　・その他（　　　　　　　） | | | | |
| 9. 現在の健康状態をお知らせください。 | | ・良い　・普通　・悪い　・妊娠　　カ月（※女性の方） | | | | |
| 10. ほかの医療機関にかかっていますか？ | | ・いいえ　・はい（医療機関：　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 11. 現在服用中の薬はありますか？ | | ・いいえ　・はい（薬名：　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 12. 薬の副作用やアレルギーはありますか？ | | ・いいえ　・はい（薬名と症状：　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 13. 来院のきっかけを教えてください。 | | ・看板／建物　・HP　・紹介（紹介者：　　　　　　　　　） | | | | |

ご協力ありがとうございました。

●●●歯科クリニック