

こう歯科

予診表

年 月 日

No. _____

ふりがな		生年月日	T・S・H	年	月	日生
お名前		職 業				
住 所	〒	電話番号				
		紹介者				
御通院に都合の良い曜日及び時間		月・火・水・金・土	/	午前・午後	時	分頃

治療に先立ち、これからの診療の参考にさせていただきますので、以下の質問にお答え下さい。
尚、この質問事項は医学上の事柄が含まれておりますので、秘密を守る事を申し添えます。

(該当する答えを○で囲んで下さい)

以前に歯の治療を受けたのは	当院・他の医院
最近治療を受けたのはいつ頃ですか	初めて ・ 約 カ月前頃
現在治療を受けている病気は	ない ・ ある
【心臓・血管・高血圧・ぜん息・胃腸・肝臓・腎臓・糖尿・骨粗鬆症・リュマチ・脳疾患】 その他 ()	
今迄にかかったことのある病気は	ない ・ ある
【心臓・血管・高血圧・ぜん息・胃腸・肝臓・腎臓・糖尿・骨粗鬆症・リュマチ・脳疾患】 その他 ()	
薬を飲んでいますか (薬名:)	いいえ ・ はい
あなたの体に異常のおきやすい薬や食品アレルギーは 【ペニシリン・アスピリン・麻酔薬・その他 ()】	ない ・ ある
歯を抜いたり、けがをした時、血が止まりにくかった事は	ない ・ ある
麻酔で異常があったことが	ない ・ ある
女性の方へ・・・妊娠の可能性は	ない ・ ある 現在 妊娠 () カ月
専門的に歯の磨き方を指導してもらった事は	ない ・ ある
お口のお手入れについて 歯磨きをする時は <input type="checkbox"/> 起床後 <input type="checkbox"/> 食後(朝・昼・夕) <input type="checkbox"/> 就寝前 1回の時間は () 分くらい 歯ブラシ以外の清掃用品は <input type="checkbox"/> 歯間ブラシ <input type="checkbox"/> 糸ようじ <input type="checkbox"/> その他 ()	

こう歯科 06-6757-8189

〒544-0015 大阪府大阪市生野区巽南3-18-28
受付時間 : 9:30 ~ 12:30 / 15:00 ~ 19:30
土曜日 17:30 まで
休診日 : 木曜日・日祝祭日
(祝日のある週は木曜日は診療)
最寄駅 : 地下鉄千日線 南巽駅 3号出口上り徒歩1分



<携帯サイトはこちら>



(P. A. T. 出願中)