予　　診　　表

記入　　年　月　日

フリガナ お名前		性別		生年月日	昭 平 令　　年　月　日(　　歳)
ご住所	〒				
お電話	自宅		日中連絡先		

※今回は、どうなさいましたか？
□歯　〔□痛い　□虫歯　□つめものなどがとれた　□(　　)〕
□歯茎　〔□痛い　□出血　□はれた　□(　　)〕
□あご　〔□痛い　□音がする　□口を大きく開けられない　□(　　)〕
□歯石　□検診　□予防　□歯並び　□歯ぎしり　□口臭　□入れ歯
□ホワイトニング　□白い歯を入れたい　□インプラント　□他(　　)

※最後に歯科医院で治療を受けたのはいつですか？
(　　年　　月頃)

※歯科で麻酔や治療をした時に何か異常はありましたか？
□ない　□ある(症状　　)

※現在飲んでいる薬はありますか？
□ない　□ある(薬の名前　　)

※アレルギーはありますか？
□ない　□ある 食べ物(　　)
薬　(　　)

※過去一年以内に医者にかかったことがありますか？
□ない　□ある　□通院中

※それはどのような病気ですか？
□心臓病　□肝臓病(B型・C型肝炎)　□脳梗塞　□高血圧　□貧血　□血液疾患
□糖尿病　□腎臓病　□甲状腺　□リウマチ　□骨粗しょう症　□ぜんそく
□他(病名　　)

＊女性の方のみ
□妊娠中（　　ヶ月）　□授乳中

裏面へ続きます。

※当院を知ったきっかけは？

□紹介（お名前　　様）□医院の看板を見て・通りがかり
□評判を聞いて　　□インターネット・ホームページ　□その他（　　）

※歯磨きについてお聞きします
いつ磨きますか？

□朝起きてすぐ　□朝食後　□昼食後　□夕食後
□就寝前　□磨かない日もある　□磨かない　□その他

※1回の歯磨きの時間はどれくらいですか？
（　　分位）

※歯ブラシ以外に、お口の清掃道具を使っていますか？

□デンタルフロス（糸ようじ）　□歯間ブラシ　□その他

※歯の色は気になりますか？

□とても気になる　□気になる　□気にならない

※歯並びが気になりますか？

□とても気になる　□気になる　□気にならない

※治療費についてお聞きします
□治療の費用はできるだけ抑えたい
□費用は少ない方が良いが、治療内容の説明・提案を受けた上で検討したい
□費用にかかわらず、自分の状態にあった最善の治療を提案してほしい

※そのほかに、ご希望がありましたらお書き下さい

ご記入ありがとうございます。受付にお出し下さい。

モロオ歯科医院
MOROO DENTAL CLINIC

〒153-0042
東京都目黒区青葉台1-28-2
ペガサスマンション1F　TEL:03-3791-4188