

予 診 表

記入 年 月 日

フリガナ					大昭平
お名前		性別		生年月日	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 (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