No.

年　　月　　日

予 診 票

せきね歯科クリニック

（ふりがな） お名前　　男・女 生年月日　　年　　月　　日生	年令 才	ご予約の確認メール･お知らせメールご希望の方は メールアドレスをご記入ください
ご住所 〒 TEL　（　　）　携帯　（　　）	配偶者 有 ・ 無	職業 ・ 勤務先 TEL　（　　）

どうなさいましたか	□ 痛みがある　□ 歯がしみる □ むし歯の治療をしたい　□ 詰め物･被せ物･差し歯が取れた □ 歯が欠けた　□ 歯ぐきが腫れた □ 入れ歯を入れたい　□ 入れ歯の調子が悪い □ あごが痛い　□ 歯科検診をしたい □ 歯のクリーニングをしたい　□ 歯ならびが気になる □ インプラントをしたい　□ 相談をしたい □ その他（　　）
次の病気をしたことがありますか	□ 心臓病　□ 腎臓病　□ 肝炎（ A型 ・ B型 ・ C型 ） □ 癌　□ 糖尿病　□ 呼吸器疾患　□ 蓄膿症 □ 貧血症　□ 心の病　□ 高血圧（ 最高　／ 最低　mmHg ） □ 外科手術（病名　　）□ その他（　　）
現在、飲んでいる薬はありますか	□ な　い □ あ　る（薬品名:　　）
血液型は何ですか	□ A　□ B　□ O　□ AB
歯の麻酔注射を受けたことがありますか	□ な　い □ あ　る（その時、異常がありましたか □ なかった □ あった　）
薬や食物でアレルギー、じんましんを起こしたことがありますか	□ な　い □ あ　る（いつ頃　　何で　　）
治療について	□ 悪いところは全部治したい　□ 気になるところだけ治したい □ 保険の範囲で治したい　□ 保険外診療の話しも聞きたい
現在の健康状態	□ 良　好　□ 普　通　□ 悪　い
女性の方のみ →	□ 生理中　□ 妊娠中（　　週 ）　□ 授乳中
当院に来院したきっかけは何ですか（複数可）	□ 家が近所なので　□ ホームページを見て □ 看板を見て　□ 広告を見て □ 医療機関からの紹介　□ 知人の紹介 お名前　　） □ その他（　　）

治療にあたって何かご希望がありましたらお書きください

※ この予診票は、診療を行う際の重要な資料となりますので、なるべく正確にお書きください。
※ 上記の内容につきましては、個人情報を厳守いたします。

ver.5