

予診表

No. _____

〒 □□□-□□□□

住所：

ふりがな

年齢

連絡先（TEL）

お名前：

歳

適切な治療を行う為の参考にしたいと思っておりますので、当てはまるものにチェックをお願い致します。

当院への来院は初めてですか？

初めて 以前来た事がある

当院に来院されたのはなぜですか？

歯が痛い・虫歯の治療 歯ぐきのはれ・出血 入れ歯(作製・調整・修理)
 定期検診・歯のそうじ 歯並びが気になる(矯正相談) インプラント相談
 歯を白くしたい(ホワイトニング) その他()

当院をどのようにして知りましたか？

近所に住んでいる インターネット 紹介()様より)
 電話帳 看板 その他()

今回の治療でのご希望はありますか？

悪いところ全て治療 希望するところのみの治療

現在の健康状態

良い 悪い：病名 ()

特異体質やアレルギーはありますか？

いいえ はい：種類 ()

裏に続きます

平成 年 月 日

内科の病気はありますか？

いいえ

心臓 肝臓 不整脈 高血圧 低血圧 糖尿病

腎臓 その他

感染症疾患をお持ちですか？

いいえ B型肝炎 C型肝炎 その他()

その他特別なことはありますか？

妊娠 ヶ月 その他()

歯の治療で気分が悪くなったことはありますか？

いいえ はい：理由()

現在、薬を飲んでいますか？

いいえ はい：種類()

治療費についてのご希望はありますか？

費用がかかっても最高の治療を希望

ある程度費用がかかってもレベルの高い治療を希望

なるべく保険で、保険の効かない時は自費も考える(白く綺麗な素材を使う時など)

全て保険の範囲内で治したい(保険が効かないものはしなくても良い)

治療に対するご希望がありましたらお書きください

うえだ歯科

ご相談・ご予約 098-876-0034

〒901-2132 浦添市伊祖2-2-5 サンチャイルドめぐみ201