

予診表



たんぽぽ歯科

☎ 03-5690-4182

フリガナ 氏名	男・女	Nationality 国籍
生年月日	年 月 日 (年齢 才)	E-mail
現住所 〒		TEL
勤務先		TEL
職業・職種		

現在困っていること	<input type="checkbox"/> むし歯 <input type="checkbox"/> 歯がぬけている <input type="checkbox"/> 歯がぐらぐらする <input type="checkbox"/> 頭痛・肩こり <input type="checkbox"/> かみ合わせがよくない	<input type="checkbox"/> 痛い(歯肉、あごの関節) <input type="checkbox"/> 腫れている(歯肉、あご、頬) <input type="checkbox"/> 歯肉から血や膿がでる <input type="checkbox"/> 歯石がついている <input type="checkbox"/> その他()
最近歯科にかかったことがありますか	<input type="checkbox"/> いままで全然ない <input type="checkbox"/> ある ●いつ頃(年 月頃) ●どこで() ●どの部位でした()	
次の病気がありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 心臓 <input type="checkbox"/> 肝臓 <input type="checkbox"/> 腎臓 <input type="checkbox"/> 糖尿 <input type="checkbox"/> 高血圧・低血圧 <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> 関節炎 <input type="checkbox"/> リウマチ熱 <input type="checkbox"/> いつも鼻血がでる <input type="checkbox"/> その他()	
アレルギーがありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 薬物 (薬名) <input type="checkbox"/> 抗生物質 (薬名) <input type="checkbox"/> 食品 (品名) <input type="checkbox"/> 歯科のますい注射	
妊娠は	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 妊娠中(出産予定日 月 日)	
治療に対する御希望は	<input type="checkbox"/> 悪いところは全部治したい <input type="checkbox"/> 歯科(デンタル)ドック、定期検診を受けたい <input type="checkbox"/> 歯のクリーニングを希望する かかりつけ歯科医を希望しますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
かかりつけの内科医	医院名	TEL
紹介者		様
このホームページを 何でお知りになりましたか		

【住所】

〒136-0076 東京都江東区南砂4-12-18
(葛西橋通り沿い)

【診療時間】

月水木金 09:30～13:00
14:30～19:00
土 09:30～13:00
14:30～17:00

【休診日】 火・日・祝祭日



たんぽぽ歯科

☎ 03-5690-4182