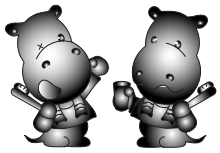

矢野歯科医院　　予　診　票

平成　　年　　月　　日

ふりがな	
お名前	□男・□女 才
生年月日	□明治□昭和 □大正□平成　　年　　月　　日
ご住所	〒
自宅電話	

勤務先	
勤務先電話	

ご紹介者	様
	□ 家族　□ 広告等 □ 隣人　□ 便利性 □ うわさ

当院ははじめてですか	1.はじめて　　2.以前に来たことがある（北野田診療所も含めて）　（　　年程前）
どうなさいましたか	1、以前の詰め物やかぶせがはずれたりこわれた 2、歯がしみる（ □冷 ・ □熱 ・ □甘 ） 3、歯が痛む（ □自発痛 ・ □圧痛 ） 4、虫歯がある（ □無症状 ・ □以前に症状あり ） 5、歯肉が（ □腫れている ・ □痛む ・ □歯が動く ） 6、入れ歯の具合が悪い（ □痛む ・ □不安定 ） 7、学校検診の結果、悪い所をなおしてほしい 8、検診をしてほしい （ □気になるところがある ・ □特にない ） 9、その他
その部位	□ 右下　□ 上前　□ 左上 □ 右下　□ 下前　□ 左下
現在内科的疾患はありますか	1、ない　　2、ある　□心臓□肝臓□腎臓□血液疾患 □糖尿□甲状腺□喘息 □その他　病名
これまでの既往歴	1、いいえ　　2、はい　□心筋梗塞□狭心症□その他
現在薬を服用中ですか	1、いいえ　　2、はい
特異体質やアレルギーはありますか	1、ない　　2、ある
血圧は	1、正常　　2、高血圧　　3、低血圧
以前に歯を抜いたことがありますか	1、ある　　2、ない
その時何か異常がありましたか	1、なかった　　2、あった　□気分が悪くなったその他 □血が止まらなくなった
女性の方、現在妊娠していますか	1、していない　　2、している（　　ヶ月）　　3、可能性あり

この機会に	1、悪い所は全部治したい　　2、今痛んでる所だけでよい
診療についてのご希望	1、先生と相談して決めたい　　2、保険の範囲で治してほしい 3、なるべく保険の範囲で必要なら自費でもよい
その他ご希望がありましたらお書き下さい	都合のよい時間帯　　時ごろ