予　診　表

受付　　年　　月　　日

診察を受けられる方へ

（貴方様のプライバシーは厳守致します。）

ふりがな ▪

お名前　　様 ▪

男　明 大
女　昭 平

年　　月　　日生　　才

現住所　〒　　－ ▪　　電 話　（　　）

勤務先 又は 連絡先名 ▪　　電 話　（　　）

住　所（下宿中の方は実家の住所をご記入下さい）〒　　－

職　業

① 当院を知ったのは
（ア）看板を見て （イ）電話帳を見て （ウ）家族から聞いて
（エ）知人・友人から聞いて （オ）駅前にあり便利だから
（カ）町会の名簿等の広告を見て （キ）インターネットを見て （ク）その他

② 来院された理由
（ア）検査してほしい （イ）歯が痛い （ウ）虫歯がある （エ）歯がかけた
（オ）歯の色が気になる （カ）口が臭い （キ）歯肉がはれたり・痛い
（ク）歯肉から血が出る （ケ）入れ歯を作りたい・治したい
（コ）つめたもの、かぶせたものが取れた （サ）歯石をとりたい （シ）アゴが痛い

③ 薬や食物でアレルギーを起こしたことがありますか
は　い（薬品・食品・その他）　いいえ　わからない

④ 現在のんでいる薬がありますか　は　い　いいえ

⑤ 手術とか歯を抜いたことがありますか　は　い　いいえ
そのとき何か異常がありましたか　は　い　いいえ

⑥ 次の病気にかかったことがありますか　は　い　いいえ
（「はい」の方のみ○をつけてください）

心　疾　患	血 液 疾 患	骨粗しょう症	神経痛・リウマチ
腎　疾　患	呼吸器疾患	糖　尿　病	甲状腺疾患
肝　疾　患	胃 腸 疾 患	アレルギー疾患	
そ　の　他 （　　）			

⑦ 血液型　RH＋：－，　A：B：AB：O　型
血　圧　低い・普通・高い　（　　）／（　　）mmHg

⑧ 現在妊娠中ですか　は　い（　　ケ月）　いいえ

⑨ 受診についての希望は
1. 今回は応急処置だけ　2. 痛いところだけ治したい
3. 相談の上治療したい　4. 悪いところは全部治したい

⑩ 費用についての希望は
1. 保険診療の範囲内で治したい
2. どの様な診療があるのか教えてほしい
3. 保険診療にこだわらず治してほしい

⑪ 何か希望があれば、ご記入下さい
（　　）

⑫ 領収書を希望　す　る　しない

橋口歯科医院