

予 診 表

平成 年 月 日

石橋 歯科クリニック

ふりがな	男・女	年 月 日生まれ
氏 名	TEL	
住 所 〒	勤務先 TEL	
現在内科的な病気が ありますか	ない ある。 ・肝臓 ・心臓 ・腎臓 ・糖尿病 ・高血圧 ・低血圧 ・その他 ()	
以前病気をしたこと がありますか	ない。 ある。 ・肝臓 ・心臓 ・腎臓 ・糖尿病 ・高血圧 ・低血圧 ・その他 ()	
現在何か薬を使って おりますか	ない。 ある。 薬の名前、またはどんな薬ですか ()	
アレルギーなどあ りませんか	ない。 ある。 ・かぶれやすい ・じんま疹ができる ・かゆくなる ・その他 ()	
喫煙習慣は ありますか？	ない。 ある。 1日 () 本くらい	
薬を飲んで副作用は ありませんか	ない。 ある。 薬の名前 () ・胃が痛くなる ・発疹ができる ・かゆくなる ・その他	
歯を抜いたことがあ りますか	ない。 ある。 最近抜いたのは1. _____ヶ月前 2. _____年前 3. ずっと前	
その時何か異常はあ りませんでしたか	なかった。 あった。 ・血が止まらなかった ・脳貧血を起こした ・何日も痛みが続いた ・熱が出た ・その他 ()	
その他特別なことは ありませんか	ない。 ある。 ・妊娠 _____ヶ月 ・その他 ()	
この機会に	1. 悪いところは全部治したい 2. 今痛んでるところだけ治したい 3. 今日は応急処置だけ	
診療について何かご 希望はありますか		
診療費についてのご 希望はありますか	1. 健康保険の範囲で治したい 2. なるべく保険で治したいが保険で不十分なところは自費で支払う	
どなたかのご紹介で すか		
当院のホームページ をご存知ですか？	1. はい 2. いいえ	