大前歯科医院　予診票

記入日 200　年　月　日

ふりがな		男 女	生年月日 西暦　　年　月　日（　歳）
氏名			

〒 住所 自宅　TEL	ご自宅への郵送物送付 （ OK 、NO ） ご自宅へのTEL （ OK 、NO ）

勤務先名	携帯　TEL
勤務先　TEL	メールアドレス

どのようにして当医院をお知りになりましたか　紹介者（　　）　ホームページ　その他（　　）

お口の中でお困りのことを、どこが、いつから、どうなっているのか、なるべく詳しくご記入下さい。

麻酔をしたことがありますか　① ない　② ある

またそのとき異常がありましたか　① ない　② ある（　　）

アレルギー、特異体質はありますか　① ない　② ある（　　）

現在、病院に通っていますか　① 通っていない　② 通っている（　　病院）

現在、服用しているお薬はありますか　① ない　② ある（　　）

今までにかかった病気はありますか
ある方は○をつけてください　① ない　② ある（心臓病、高血圧、低血圧、不整脈、貧血、血液疾患、消化器疾患、消化器の潰瘍、糖尿病、腎臓病、肝臓病、リュウマチ、癌、自律神経失調症、甲状腺機能亢進症、喘息
その他　（　　）

女性の方へ、妊娠されていますか　① いいえ　② はい（　　ヶ月）　③ わからない

現在妊娠されていない方も、妊娠されたときは治療前に担当医にお伝えください。

１日何回歯を磨きますか　① あまり磨かない　② １～２回　③ ３回以上

喫煙されますか　① しない　② する（１日　　本くらい）

最近、歯科にかかったのはいつですか。　①　　年　　月頃　② 現在通っている

希望等ありましたら、お書きください

大前歯科医院　FAX 06-6844-4646