

## 受付・予診表

大森イースト歯科  
omori east dental

tel:0120-086-182

氏名 <small>ふりがな</small> (男・女)		生年月日 平昭 年 月 日
住所		自宅電話
職業	勤務先	携帯
E-mail		

当院をお選びいただいた理由をお聞かせください	<input type="checkbox"/> 知人の紹介 (ご紹介者のお名前 様) <input type="checkbox"/> 家の近くだから <input type="checkbox"/> 職場の近くだから <input type="checkbox"/> ホームページを見て <input type="checkbox"/> 看板を見て <input type="checkbox"/> 検索サイト ( ) <input type="checkbox"/> 雰囲気が良さそうだから <input type="checkbox"/> その他 ( )
どうなさいましたか	<input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> 歯肉が痛い <input type="checkbox"/> 歯を入れたい <input type="checkbox"/> 詰物がとれた <input type="checkbox"/> 差し歯がとれた <input type="checkbox"/> 被せ物がとれた <input type="checkbox"/> 検査をしてほしい <input type="checkbox"/> 歯を白くしたい <input type="checkbox"/> 歯の掃除をして欲しい <input type="checkbox"/> 歯並びを治したい <input type="checkbox"/> セカンドオピニオン <input type="checkbox"/> その他 ( )
どのように痛みますか	<input type="checkbox"/> つめたい物がしみる <input type="checkbox"/> あつい物がしみる <input type="checkbox"/> 噛むと痛みがある <input type="checkbox"/> 何もしなくてもズキズキ痛む <input type="checkbox"/> その他 ( )
どこが痛みますか	右上奥 前上 左上奥 右下奥 前下 左下奥 その他
痛みはいつからですか	<input type="checkbox"/> 最近 <input type="checkbox"/> ( ) 日前から <input type="checkbox"/> ずっと前から <input type="checkbox"/> 時々
麻酔の経験はありますか?	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない
麻酔をして具合が悪くなったことはありますか?	<input type="checkbox"/> ある (どのような症状でしたか?) <input type="checkbox"/> ない
歯のクリーニングを受けたことがありますか?	<input type="checkbox"/> ある (どのくらい前ですか?) <input type="checkbox"/> ない
今までに大きな病気をしたことはありますか	<input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> 高血圧 (最高血圧 最低血圧 ) <input type="checkbox"/> 特になし
かかっている病気はありますか?	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (病名 )
薬を飲んでいますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (薬の名前・種類 )
妊娠していますか (女性)	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 可能性はある <input type="checkbox"/> はい ( ヶ月)
アレルギーはありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ( )
歯を磨くのは	1日 回
歯ブラシ以外の清掃用具は	<input type="checkbox"/> フロス <input type="checkbox"/> 歯間ブラシ <input type="checkbox"/> その他
タバコを吸いますか	<input type="checkbox"/> 吸う <input type="checkbox"/> 吸わない
歯科治療・麻酔・抜歯などで具合が悪くなったことはありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 血がとまりにくかった <input type="checkbox"/> 貧血が起こった <input type="checkbox"/> 気分が悪くなった <input type="checkbox"/> 痛みが続いた <input type="checkbox"/> 熱が出た
その他 (なにかありましたらご記入下さい)	

大森イースト歯科 tel:0120-086-182

東京都大田区大森北1-6-16 アトレ大森 4F

診療時間/毎日診療

10:00~14:00/15:00~20:00

土日・祝祭日

10:00~14:00/15:00~19:00

休診日 /平日・土日・祝祭日、毎日お待ちしております。

最寄駅 /大森駅 (徒歩0分)



大森アトレ4階

大森イースト歯科  
omori east dental