

予診表

アイエスデンタルクリニック 03-5785-2953

平成 年 月 日

お名前(ふりがな)	男・女	明・大昭・平	年	月	日生(才)
ご住所 〒	TEL ()				
ご職業	勤務先名	TEL ()	内線()		
ご紹介者があればお書きください	様	携帯mail	今後このアドレスに情報を配信してもよろしいですか? はい いいえ		
E-mail					

どうなさいましたか	<table border="1"> <tr> <td>右上</td> <td>上前</td> <td>左上</td> </tr> <tr> <td>右下</td> <td>下前</td> <td>左下</td> </tr> </table>		右上	上前	左上	右下	下前	左下	痛みがある つめたものがとれた 歯ぐきが気になる 歯ならびが気になる 歯を美しくしたい	ムシ歯の治療をしたい 入れ歯を入れたい 歯石をとって欲しい 検査をして欲しい その他()
右上	上前	左上								
右下	下前	左下								
歯を抜いたことがありますか	ない ある	年前 ヶ月前								
具体的な症状を教えてください										
その時、何か異常はありませんでしたか	ない ある	血がとまらなかった 何日も痛んだ	貧血を起こした 熱が出た							
現在、服用中のお薬はありますか?	ない ある	薬剤名()								
薬をのんで副作用はありませんか	ない ある	胃が痛くなる かゆくなる その他()	発しんが出来る 薬名()							
内科的な病気はありませんか	ない ある	心臓 腎臓 肝臓(肝炎)	高血圧 低血圧 糖尿 その他()							
特異体質やアレルギーはありませんか	ない ある	かぶれやすい ぜんそくがある	じんましんが出る その他()							
現在までに歯磨きについて指導を受けたことがありますか	ない ある									
女性の方へ現在、妊娠していますか	はい(カ月)	いいえ	しているかもしれない							
この機会に	悪い所は全部治したい		悪い所だけ治したい							
治療についてのご希望	必要なら保険外でも構わない 相談の上考えたい		保険内で治したい 最も良い方法で							
当医院何でお知りになりましたか										
何かありましたらお書き下さい										

アイエスデンタルクリニック 03-5785-2953
 東京都港区北青山3-5-25 しもじまビル4F
 診療時間 / 10:00 ~ 13:00
 14:30 ~ 19:30 (土曜のみ 17:30)
 休診日 / 水曜・日曜・祝祭日
 最寄駅 / 東京メトロ銀座線・半蔵門線・千代田線・
 表参道駅A3出口(表参道交番出口)出てすぐ、
 1FにSubwayの入っているビルです

