予 診 表

No.

年　　月　　日

フリガナ
お名前　　生年月日　明･大･昭･平　　年　　月　　日

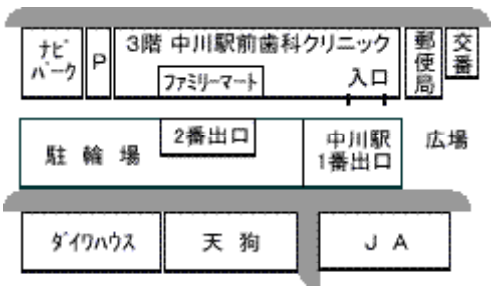
〒　　－
ご住所　　電話番号

予診表は患者様によりよい治療を受けていただくためのものです。
プライバシーは厳守いたしますので出来るだけ正確にご記入ください。

どうなさいましたか	
お痛みはありますか	□な　い □あ　る　□少し痛い　□ひどく痛い　□時々痛い
それはどこですか	□左上　□前上　□右上　□歯　□頬（ほほ）　□唇 □左下　□前下　□右下　□歯ぐき　□顎（あご）　□舌
いつからですか	□今日はじめて　□（　　）日前から　□ずっと前から　□時　々
今まで歯科治療を受けた時に何か異常はありましたか	□な　い □あ　る（　　）
薬を飲んで副作用はありませんでしたか	□な　い □あ　る　□胃が悪くなる　□発しんができる　□かゆくなる □その他（　　）　□薬品名（　　）
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　□じんましんがでる　□ぜんそくがある □その他（　　）
今までに次の病気にかかったことはありますか	□高血圧（　　／　　mmHg）　□糖尿病　□腎臓病　□心臓病 □肝炎　□喘息　□その他（　　）
現在、何かの薬を飲んでいますか	□な　い □あ　る（薬品名　　）
現在の健康状態はどうですか	□よ　い　□ふつう　□悪　い（　　） □妊娠中（妊娠　　ヶ月・予定日　　年　　月　　日）　□授乳中
このホームページを何でお知りになりましたか	
その他、治療に関するご希望等がありましたらお書きください	

中川駅前歯科クリニック　Tel.045-910-2277

横浜市都筑区中川1－10－2中川センタービル3F
診療時間／AM10:00～PM1:00
　　PM 2:30～PM9:00
休診日　／日曜日･祝祭日
交　通　／横浜市営地下鉄中川駅徒歩10秒
駐車場　／ナビパーク中川第1駐車場（45分間無料、13台）



（PAT．出願中）