

予診表

中川歯科クリニック
秋葉原予防インプラントセンター

TEL : 03-3851-5566

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 E-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? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		

どうなさいましたか	<input type="checkbox"/> 痛みがある <input type="checkbox"/> つめたものがとれた <input type="checkbox"/> 歯ぐきが気になる <input type="checkbox"/> 歯ならびが気になる <input type="checkbox"/> 歯を美しくしたい		<input type="checkbox"/> ムシ歯の治療をしたい <input type="checkbox"/> 入れ歯を入れたい <input type="checkbox"/> 歯石をとって欲しい <input type="checkbox"/> 検査をして欲しい <input type="checkbox"/> その他 ()							
<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				
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	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 年前	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 血がとまらなかった <input type="checkbox"/> 何日も痛んだ	<input type="checkbox"/> 貧血を起こした <input type="checkbox"/> 熱が出た							
現在、服用中のお薬はありますか?	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 薬剤名 ()								
薬をのんで副作用はありませんか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 胃が痛くなる <input type="checkbox"/> かゆくなる <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 発しんが出来る <input type="checkbox"/> 薬名 ()							
内科的な病気はありませんか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 心臓 <input type="checkbox"/> 肝臓 (肝炎)	<input type="checkbox"/> 腎臓 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 低血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿						
特異体質やアレルギーはありませんか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> かぶれやすい <input type="checkbox"/> ぜんそくがある	<input type="checkbox"/> じんましんが出る <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある									
女性の方へ現在、妊娠していますか	<input type="checkbox"/> はい (カ月)		<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> しているかもしれない						
この機会に	<input type="checkbox"/> 悪い所は全部治したい		<input type="checkbox"/> 悪い所だけ治したい							
治療についてのご希望	<input type="checkbox"/> 必要なら保険外でも構わない <input type="checkbox"/> 相談の上考えたい		<input type="checkbox"/> 保険内で治したい <input type="checkbox"/> 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										

中川歯科クリニック 03-3851-5566

住所 / 東京都千代田区神田佐久間町3-34
中川ビル2F

診療時間 / 9:30~13:00
14:00~18:00 (月・水は19:00まで)

休診日 / 日曜日・祝祭日

最寄駅 / JR・地下鉄 秋葉原駅

URL / <http://www.nakagawadent.com/>

中川歯科クリニック 秋葉原予防インプラントセンター

(PAT. 出願中)