

予診表



maintenance For All

登録番号
No.

当院は予約制
担当制です。
ご変更の際は
事前の連絡を
お願いします。

フリガナ	男	女	西暦	年	月	日	生まれ
お名前 (name)			() 歳				
住所 〒							お車で通院されますか? <input type="checkbox"/> はい
ご自宅 Telephone			診療予約に時間について				
携帯 mobile			<input type="checkbox"/> 何時でもよい <input type="checkbox"/> 都合のよい時間帯 午前() 午後() <input type="checkbox"/> 本日のみ希望				
メールアドレス mail address			@				
ご職業:			ご趣味/ご興味:				
撮影依頼の方 <input type="checkbox"/> インプラントCT <input type="checkbox"/> 矯正認定規格撮影セファロ <input type="checkbox"/> データ出力希望DVD							

当院をお知りになられたのは? (複数回答可能です)		<input type="checkbox"/> ご紹介者 () 様 (家族 知人 同僚) <input type="checkbox"/> HPホームページ <input type="checkbox"/> SNS (<input type="checkbox"/> Facebook <input type="checkbox"/> Line) <input type="checkbox"/> 看板をみて <input type="checkbox"/> チラシをみて <input type="checkbox"/> パンフレットを見て <input type="checkbox"/> 他医院から紹介/医院名 () 医院)					
以前歯医者にかかれたのは?		<input type="checkbox"/> 1ヶ月前 <input type="checkbox"/> 3ヶ月前 <input type="checkbox"/> 3年前 <input type="checkbox"/> 5年以上前 <input type="checkbox"/> 初めて					
本日はどうなさいましたか? (複数回答可能です)		<input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> はぐきが痛い <input type="checkbox"/> つめものがとれた <input type="checkbox"/> 入れ歯が合わない <input type="checkbox"/> 入れ歯をつくりたい <input type="checkbox"/> 虫歯が気になる <input type="checkbox"/> 歯の掃除がしたい <input type="checkbox"/> 検査をしたい <input type="checkbox"/> メンテナンスをしたい <input type="checkbox"/> 予防プログラムを体験したい <input type="checkbox"/> その他 ()					
今までに、内科的な病気にかかった事がありますか?		<input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病() 型) <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧 (/) <input type="checkbox"/> 骨粗しょう症 <input type="checkbox"/> 血液疾患 <input type="checkbox"/> その他 (病名:)					
御通院はございますか?	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> ある 病院 科 先生					
歯科麻酔での異常は?	<input type="checkbox"/> なし	症状					
現在薬を服用していますか?	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい お薬の名前					
現在妊娠中ですか?	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい	(現在 月) 出産予定日 /				
当院では初回とメンテナンス前に 唾液検査を用いて、 メンテナンスプログラムを実行しております。 [だ液検査：初回 5,000円 2回目 3,000円 幼児 2,000円/1検査]					ご了承いただけますか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
ご要望がありましたらどうぞ		ご自由にお書きください					

*毎月保険証の確認をさせていただいております。変更の際は御呈示願います。

*保険証の提示ない場合は自費診療扱いとなります。 初診料 10,000円 / 再診料 5,000円 (税別)