

記入日 年 月 日

受付予診票

No _____

ふりがな 氏名 _____ 生年月日 西暦 年 月 日 才 配偶者 (有・無)

自宅 〒 _____ 電話 _____

住所 _____ 携帯 _____

勤務先名 (学校名) _____ 電話 _____

当院へ来院のきっかけ ・紹介 _____ 様 () ・前に来たことがある (年)
・当院ホームページ () ・診療スタイル・診療日・診療時間・看板
・紹介サイト (サイト名) ・その他 ()

◇どうされましたか ・けが・血が出た・はれた・取れた・抜けた・壊れた・入れ歯・矯正希望
・その他/詳しく _____

◇部位

・歯・歯肉・舌・唇	右上	前歯上	左上
その他()	右下	前歯下	左下

 ◇いつからですか _____

◇症状 ・痛い・かめない・しみる・その他/詳しく _____

◇今までの治療時の異常 ・薬・アレルギー・貧血・血が止まらない・何日も痛む・熱が出た
その他/詳しく _____

◇全身状態について (良い・普通・悪い・かなり悪い) 血圧 / mmHg 体温 . °C
・心臓病・高血圧・低血圧・糖尿病(HbA1c)・腎不全・肝炎・高脂血症・精神疾患
・血液疾患・免疫/アレルギー疾患・性病 その他/詳しく _____

◇薬を飲んでいる方 薬の名前/種類 _____

◇生活習慣について ◎歯みがき: 回 分(1日) ※お子様へ 親の仕上げ磨き (有・無)
・間食 回 (週・毎日) あめ、チョコレート、スナック、ジュース、その他 _____
・のど飴 個 (週・毎日) ・酢の物 回 (週・毎日) アルコール _____ (週・毎日)
・タバコ 本 (1日) ・禁煙中(前から) ・缶コーヒー (加糖) 本 (週・毎日)

◇女性の方 妊娠 (有 ヶ月・無) 授乳 (有・無) その他 _____

◇治療についての希望や要望 _____



LIGHT HOUSE DENTAL CLINIC

ご協力ありがとうございます
ご不明な点はスタッフにお聞き下さい