

# 予診表

現在

ふりがな

男

お名前

女

生年月日 昭・平 年 月 日 ( 才 )

ご住所など (初めての方と、変更になられた方は 記入下さい。)

住 所 〒 - 住所

電話番号 (自宅) - - (緊急連絡先) - -

当院は矯正を中心とした歯科医院です。一般的な治療については、ご希望があればご紹介致します。

- 1、当院は  初めて (紹介者: )  前に来たことがある  
通われている歯科医院 有 ( ) ・ 無

★矯正治療希望の方 <矯正は保険外治療になります>

- 2、  歯並びの相談 気になる点をご記入下さい

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

親族の方で似たような咬み合わせの方はいらっしゃいますか 父 ・ 母 ・ 祖父 ・ 祖母 ( )  
ご家族・親戚の方で矯正治療をされた方はいらっしゃいますか ( ) 当院 ・ 他院

★その他の治療希望の方

- 定期検診 ( 矯正前の検診 ・ 矯正終了後の検診 )  
 その他 ( \_\_\_\_\_ )

3、健康状態、体質などについてお尋ねします

- 学校や仕事は  普通  忙しい  大変忙しい  
全身の健康状態は  普通  よくない  疲れやすい  妊娠中 ( ヶ月 )  
血圧は  正常  高い (上 ~下 )  低い  わからない  
歯を抜いたときの異常  なし  あった (具体的に \_\_\_\_\_ )  
体質的な異常は  なし  ぜんそく  湿疹・アトピー  アレルギー (麻酔薬・抗生物質・  
ピリン系薬剤・食物・動植物など) (具体的に \_\_\_\_\_ )  
 その他 ( \_\_\_\_\_ )  
現在お薬をお飲みですか  のんでいない  痛み止め  血圧降下剤  その他 ( \_\_\_\_\_ )  
今までのお病気  なし  心臓  腎臓  肝臓  脳  胃・腸  糖尿  その他 ( \_\_\_\_\_ )  
(病名 \_\_\_\_\_ ) → 完治した ( 年前 ) ・ 現在も治療中

4、来院可能日 ※ 矯正の場合、原則的に月1回の来院になります

来院できる時間に○をして下さい 時間の記入 (例: 4:30~) でも結構です

	月	火	木	金	土
9:00~12:00					
2:30~4:00					
4:00~					
5:00~					
6:00~					説明のみ

※診療時間は平日 19:00 まで、土曜日 18:00 までになりますが、最終受付時間は平日 18:00、土曜日 17:30 までになります

- 5、引越しのご予定はありますか  なし  年 月頃  わからない  
ありがとうございました いずみ歯科矯正歯科医院