

予診表 岡田歯科クリニック 0729-25-1888

初診年月日 年 月 日		カルテ No.	
フリガナ 氏名	男・女	M. T. S. H.	年 月 日生 (才)
住所 〒	TEL		
勤務先 (会社名)	TEL		内線
E-mail			
— 以下の該当の個所を○で囲んで下さい —			
■ご来院の理由 A 歯が痛いから B 歯ぐきが痛いから C 虫歯の治療をしてほしいから D 歯槽膿漏が心配だから E かみ合わせが良くないから F 口を開けると音がするから G 歯ならびをなおしたから H 入歯を入れたいから I 歯を美しくしたいから J 歯石を取ってほしいから K 精密検査を希望のため L 人工歯根を入れたい M その他 ()			
■現在の身体の状態 A 特に異常はない B 心臓が悪い C 血圧が高い () D 血が止まりにくい E 貧血を起こしやすい F 妊娠している () G 薬に対してアレルギーである H 現在薬をのんでいる その他 () I その他 ()			
■過去の病気について ・次の病気にかかったことがありますか A 蓄膿症 B 心臓病 C 高血圧、低血圧 D 糖尿病 E 腎炎 F 肝炎 G 血液病 (白血病、血友病、その他) H ぜんそく I 皮膚疹、じんま疹 J その他 () ・次の薬を使ったことがありますか ある ない A 歯科の麻酔 B ピリン系風邪薬 C 抗生物質 ※その時、副作用がありましたか あった なかった かかりつけの医師があれば 医院 (科) TEL.			
■この機会に ・悪いところは全部なおしたい ・今、痛んでいるところだけなおしたい	■治療費について A 先生と相談して決めたい B 保険の範囲でなおしたい		
■このホームページを何でお知りになりましたか	■治療時間について ・時間はいつでも都合がつく ・通院の時間は都合がある 午前 _____ 時頃 午後 _____ 時頃		
■治療についてのご希望			

上記記入の上、ご署名下さい。

御署名 _____

岡田歯科クリニック 0729-25-1888

大阪府八尾市西山本町1丁目6番6号

診療時間/平日 10:00～13:00 14:30～20:00

土曜 10:00～13:00 14:00～17:00

※水曜日は17:30まで

休診日 /日・木・祝日

最寄駅 /近鉄大阪線 山本駅 徒歩5分

