



# 予 診 表

年 月 日

お名前 <small>ふりがな</small>	様 (男・女)	生年月日	年 月 日生 ( 才 )
ご住所 〒	TEL		
ご職業	ご勤務先名		
ご勤務先住所 〒	TEL		
ご紹介者があればお書き下さい。	様	E-Mail	

治療完了後、定期検診のご案内を差し上げますので、 印のどちらかご都合のよい方に 印をつけて下さい。

来院は	初めて	以前に来た事がある
どうなさいましたか	痛みがある 歯ぐきが気になる 入れ歯を入れたい 以前治療した部分がとれた その他 ( )	ムシ歯の治療がしたい 歯ならびが気になる 歯石をとって歯を清掃したい 検査してほしい
麻酔注射をしたことがありますか	ある.....その時 ない	( 異常なし 麻酔がききにくかった その他 貧血を起した )
今迄に大きな病気や、手術をしたことがありますか	心臓病 ( ) 腎臓病 ( ) その他 ( )	高血圧 ( / ) 糖尿病 ( ) アレルギー (薬・食物)
現在の健康状態は	良好 通院中 ( 科 ) 妊娠中 ( ヶ月 ) 現在、何かお薬を飲んでますか ( )	肝臓病 ( ) アレルギー (薬・食物)

## 診療に対する希望

範囲は	困っている所だけ治療したい 問題があれば、他の部位も治療したい
治療は	全て保険診療内で治療したい なるべく保険診療内で、しかし自分にとって最良であれば相談の上、一部保険診療外でも治療したい 費用がかかっても自分にとって最良のもので治療したい

## 診療予約時間 他

ご都合の良い日は	( )曜日 何曜日でもよい その他 ( )
ご都合の良い時間は	午前 ( )時頃 午後 ( )時頃 何時でもよい その他 ( )
治療回数は	1回の治療時間が長くても、治療回数が少ない方がよい 治療回数が多くても、1回の時間は短い方がよい
過去に歯科医院にかかって嫌だと思われたことがありますたら、遠慮されずにお書き下さい	
このホームページを何でお知りになりましたか	
私どもの医院の方針としてアポイント前日にこちらから確認の電話をしておりますがどうなさいますか。	必要 不必要

御協力ありがとうございました。

波多野歯科クリニック 03-3421-4182

〒154-0023 東京都世田谷区若林4-31-9 ポライト第2ビル1F

診療時間 / AM9:30 ~ PM1:00 PM2:30 ~ PM6:30

休診日 / 水曜・日曜・祝日

最寄駅 / 東急世田谷線 松蔭神社前駅

(PAT. 出願中)

