予 診 表

☎ 042-564-5556
あみのデンタルクリニック　院長　網野　浩巳

ふりがな		年齢	性別	生年月日	血液型
氏名				T・S・H　年　月　日	型
住所	〒			携帯電話	
				緊急連絡先	
職業		勤務先		電話番号	

あてはまる□に印をつけてください。

1, いかがされましたか？

□検診をしてほしい　□クリーニング希望　□ホワイトニング希望
□歯（□痛い □しみる □虫歯がある □うごく）　□口臭が気になる
□歯ぐき（□痛い □血が出る □腫れている）　□歯並びが気になる
□入れ歯（□痛い □壊れた □新しく作りたい）　□インプラント
□歯のないところに歯を入れたい　□詰め物・被せ物が取れた
その他（　　）

2, それはどこですか？

□左上　□上前　□右上
□左下　□下前　□右下

いつからですか？

□今日　□（　　）日前　□（　　）週間前　□ずっと前

3, 内科的な病気はありますか？

※歯科治療で重要です。

□アレルギー（　　）　□心疾患　□腎疾患　□胃腸疾患
□骨粗鬆症　□脳疾患　□喘息　□てんかん　□肝疾患　□貧血
□高血圧（　/　）　□精神疾患　□出血性疾患
その他特記事項（　　）

4, 現在服用中のお薬

□ある（　　）　□ない

5, 歯を抜いたことは

□ある（　　）　□ない

6, 今まで処置中に異常はありませんでしたか？

□麻酔をして気分が悪くなった　□麻酔がききにくかった
□出血が止まらなかった　□動機がした　□吐き気がした
□発熱した　その他（　　）　□特になかった

7, 当院をどこでお知りになりましたか？

□＿＿＿＿＿＿＿＿様の紹介　□ホームページ
□通りがかり　□その他（　　）

8, 現在のお口の状態についてお聞かせ下さい

□喫煙習慣（□ある　□ない）　□飲酒習慣（□ある　□ない）
□歯磨き　１日（　　）回　１回約（　　）分
□補助器具（□歯間ブラシ　□デンタルフロス
□洗口剤　その他（　　）　□使わない
□今まで歯磨き指導を受けたことはありますか？　□ある　□ない

9, 女性の方にお尋ねします

現在　□妊娠中（　　）か月　□授乳中

10, 治療や医院へのご希望

□悪いところを全て治したい　□今回は痛むところだけ治療したい
□全て保険の範囲内で治したい　□全て最良の材料と方法で治療したい
□場合によっては、自費で治したい（話を聞きたい）

治療や歯科医院に対する希望、質問など、お話しておきたい事やご相談があれば、お書き下さい。

あみのデンタルクリニック
AMINO DENTAL CLINIC

〒207-0014 東京都東大和市南街5-97-9 ドミネント東大和２F
TEL：042-564-5556

診療時間：
平日：9:30～13:00／14:30～19:30
土曜日：9:30～13:00／14:30～17:00
休診日：日曜・祝祭日・木曜午後
最寄駅：西武拝島線「東大和市」駅徒歩１分