

# 予診表

☎ 072-632-1616

氏名 <small>（フリガナ）</small>	男・女（才）血液型（ ）	生年月日 平 昭 明 大 年 月 日
ご住所 〒（ ）-（ ）	電話（自宅）	
メールアドレス	携帯	
勤務先	勤務先電話	

★あなたの体質を知る事は、より良い治療をするために必要です。この表は歯科治療をスムーズに行うための大切な参考資料となります。できるだけ正確にお答え下さい。（該当するものにチェックを入れて下さい）

- 1, どうなさいましたか

虫歯の治療をしたい    検診    矯正  
つめ物・冠が外れた    歯石をとりたい  
義歯を入れたい    その他（ ）
- 2, どこが痛みますか

右上	前上	左下	<input type="checkbox"/> 歯	<input type="checkbox"/> 歯肉	<input type="checkbox"/> 頬	<input type="checkbox"/> 顎	<input type="checkbox"/> 唇	<input type="checkbox"/> 舌
右下	前下	左下	<input type="checkbox"/> 痛みはない <input type="checkbox"/> その他（ ）					

痛み方は

今日はじめて    数日前から    ずっと痛い    時々痛い  
ズキズキ痛い    何となく痛い    冷たい物がしみる    熱い物がしみる
- 3, 歯を抜いたことはありますか    ない    ある    その時異常は    ない    ある
- 4, 麻酔注射をしたことがありますか    ない    ある    その時異常は    ない    ある
- 5, 薬を飲んで副作用を起こしたことがありますか    ない    胃が痛くなる    発疹ができる    かゆくなる  
その他（ ）
- 6, 現在飲んでいる薬はありますか    ある    ない    薬品名 \_\_\_\_\_
- 7, 現在及び過去にかかった病気はありますか（ありましたか）

ない    心臓    肝臓    腎臓    胃腸    貧血症  
高血圧    低血圧    糖尿    血液疾患    アレルギー  
その他（ ）
- 8, 現在、妊娠していますか（女性の方へ）

いいえ    している（    ヶ月）    わからない  
（治療期間中に妊娠された方はお知らせ下さい。）
- 9, 治療について

悪いところは全部治したい    痛いところだけ治したい  
保険の範囲で治療したい  
最も良い資材と方法で治療してほしい  
なるべく保険で、保険のきかないところは自費でも良い  
先生と相談して決めたい
- 10, 当院にお見えになったのは？

知人・家族の紹介（御紹介者名）  
他の医療機関からの紹介（病院／診療所名）  
タウンページ    チラシを見て    看板を見て    院前を通過して  
ホームページを見て    その他（ ）



## 医療法人 尚正会 上原歯科

〒567-0828 大阪府茨木市舟木町8-27  
 診療時間 / 月～水・金～土  
 9:00～13:30 / 15:00～19:00  
 休診日 / 木曜・日曜・祝祭日  
 最寄駅 / 阪急「茨木市」駅 東口より徒歩5分

診療時間	月	火	水	木	金	土	日
9:00～13:30	○	○	○	×	○	△	×
15:00～19:00	○	○	○	×	×	×	×

※△8:30～15:00    ※祝日のある週の木曜日は診療いたしません。  
 診療時間は下記の通りになります。  
 9:00～13:30、15:00～19:00

