

予 診 表

☎ 03-3805-5805

ふかい歯科・矯正歯科 院長 深井克彦

ふりがな 氏 名	(男・女)	生年月日 平 昭 明 大 年 月 日 (満 歳)
ご 住 所 〒()-()	電話(自宅)	
メールアドレス	携帯	
当院からの連絡がある場合、ご連絡してもよろしいですか？ はい いいえ		

1, どうなさいましたか？	☐ 歯が痛い ☐ ムシ歯の治療をしたい ☐ 検査をしてほしい ☐ 歯の清掃をしてほしい ☐ 入れ歯を作りたい ☐ 入れ歯の具合が悪い ☐ 歯並びをなおしたい ☐ 歯ぐきから血が出る ☐ 口臭がある ☐ 顎関節症 ☐ 親知らずを抜いて欲しい ☐ その他()		
2, どこがお痛みですか？ 痛み方は？	右上 前上 左下 右下 前下 左下	☐ 歯 ☐ 歯肉 ☐ あごの関節 ☐ その他()	☐ 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, これまで病気に かかったことはありますか？	☐ ある { ☐ 心臓病 ☐ 腎臓病 ☐ 肝臓病 ☐ 糖尿病 ☐ 高血圧 ☐ その他 / 病名() ☐ ない		
4, アレルギー体質ですか？	☐ はい (1, じんましん 2, ぜんそく 3, 花粉症 4, 鼻炎 5, アトピー) ☐ ない		
5, 今まで飲んだ薬で副作用が でたことがありますか？	☐ ある ☐ ない	薬品名 _____	
6, 現在飲み続けている 薬はありますか？	☐ ある ☐ ない	薬品名 _____	
7, 麻酔注射をしたことがありますか？ その時異常は？	☐ ある ☐ ない		
8, 歯を抜いたことがありますか？ その時異常は？	☐ ある ☐ ない	☐ ある (血が止まらなかった、気分が優れなかった等) ☐ ない	
9, 現在の健康状態は？	☐ 良好 ☐ 普通 ☐ 悪い ☐ その他 (妊娠中)		
10, 治療に対する希望	治療範囲は	☐ 痛いところだけ治療したい ☐ 悪いところは全部治したい 保険外での治療は ☐ 希望しない ☐ 必要であれば希望する ☐ 希望する	
11, 治療回数の希望 1週間の来院頻度と 来院時間の希望	☐ なるべく来院回数を減らしてまてめて治療してほしい (※ただし、1回の治療費の合計は高くなる場合があります) ☐ 来院回数は増えても良いが、1回当りの治療費を安くしてほしい ☐ 週に1回 ☐ 週に2, 3回 ☐ 毎日 ☐ 特にない ☐ 午前 午後 ☐ 月・火・水・木・金・土		
12, 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 ☐ ホームページを見て ☐ その他()		

※顔写真を撮影させていただきます

ふかい歯科・矯正歯科

東京都荒川区東日暮里5-42-10

診療時間 / 月～水・金～土

9:30～12:30 / 14:00～19:00

休診日 / 木曜・日曜・祝祭日

最寄駅 / JR・京成 日暮里駅から徒歩5分

