

受付・予診表

駒沢パークサイド歯科口腔外科

03-5433-3477

氏名 <small>ふりがな</small>		(男・女)	生年月日	令・平・昭・大	年	月	日
住所				自宅電話			
職業	勤務先			電話			
E-mail							

当院をお選びいただいた理由をお聞かせください	<input type="checkbox"/> 知人の紹介 (ご紹介者のお名前 様) <input type="checkbox"/> 家の近くだから <input type="checkbox"/> 職場の近くだから <input type="checkbox"/> ホームページを見て <input type="checkbox"/> 検索サイト () <input type="checkbox"/> 雰囲気良さそうだから <input type="checkbox"/> その他 ()																												
どうなさいましたか	<input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> 歯肉が痛い <input type="checkbox"/> 詰物がとれた <input type="checkbox"/> 歯を入れたい <input type="checkbox"/> 検査をしてほしい <input type="checkbox"/> 歯を白くしたい <input type="checkbox"/> 歯の掃除をして欲しい <input type="checkbox"/> 歯並びを治したい <input type="checkbox"/> セカンドオピニオン <input type="checkbox"/> その他 ()																												
どこが痛みますか	右上奥 前上 左上奥 右下奥 前下 左下奥 顎関節 頬 舌 唇 顔 その他																												
痛みはいつからですか	<input type="checkbox"/> 今日からはじめて <input type="checkbox"/> () 日前から <input type="checkbox"/> ずっと前から <input type="checkbox"/> 時々																												
お口以外の健康状態はいかがですか？	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 調子が悪い (具体的に)																												
今までに大きな病気をしたことはありますか	<input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 高血圧 (最高血圧 最低血圧) <input type="checkbox"/> 特になし																												
かかりつけの病院・通院中の病院はありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (病院名)																												
薬を飲んでいますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (薬の名前・種類)																												
妊娠していますか (女性)	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 可能性はある <input type="checkbox"/> はい (ヶ月)																												
アレルギーはありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ()																												
歯を磨くのは	1日 回 分/回 (いつ? 起床後・朝食後・昼食後・夕食後・寝る前)																												
歯ブラシ以外の清掃用具は	<input type="checkbox"/> フロス <input type="checkbox"/> 歯間ブラシ <input type="checkbox"/> ウォーターピック <input type="checkbox"/> その他																												
睡眠時間は	約 () 時間																												
食生活習慣について	習慣的飲料物 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> あり () 間食の取り方 <input type="checkbox"/> 不規則 <input type="checkbox"/> 規則正しい <input type="checkbox"/> あまりとらない																												
タバコを吸いますか	<input type="checkbox"/> 吸う (1日 本位) <input type="checkbox"/> 以前吸っていた (年前) <input type="checkbox"/> 吸わない																												
歯の麻酔・抜歯などで具合が悪くなったことはありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 血がとまりにくかった <input type="checkbox"/> 貧血が起こった <input type="checkbox"/> 気分が悪くなった <input type="checkbox"/> 痛みが続いた <input type="checkbox"/> 熱が出た																												
ご来院のご都合のよい曜日・時間帯	<table border="1"> <tr> <td></td> <td>月</td> <td>火</td> <td>水</td> <td>木</td> <td>金</td> <td>土</td> </tr> <tr> <td>午前</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>午後</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>17:00以降</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		月	火	水	木	金	土	午前							午後							17:00以降						
	月	火	水	木	金	土																							
午前																													
午後																													
17:00以降																													

駒沢パークサイド歯科・口腔外科 03-5433-3477

東京都世田谷区駒沢 4-18-21 田中ビル1階

診療時間/月～金

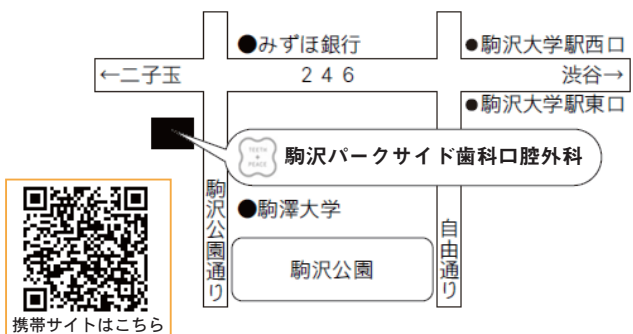
9:00～13:00 / 14:30～19:30

土

9:00～13:00 / 14:00～17:00

休診日 / 日曜・祝祭日

最寄駅 / 駒沢大学



携帯サイトはこちら