

# 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) (未婚・既婚)		生年月日 平昭明大 年 月 日
住所		自宅電話
職業	勤務先	電話
E-mail		

どうなさいましたか	<input type="checkbox"/> 疼痛 <input type="checkbox"/> 虫歯 <input type="checkbox"/> 義歯 <input type="checkbox"/> 抜歯 <input type="checkbox"/> 矯正 <input type="checkbox"/> 漂白 <input type="checkbox"/> インプラント <input type="checkbox"/> 予防 <input type="checkbox"/> その他 ( )
当院におみえになったのは	<input type="checkbox"/> はじめて (紹介者 ) <input type="checkbox"/> 前に来たことがある ( 年 月頃)
現在の健康状態は	<input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> 悪い (症状 )
歯の注射をして異常はありませんか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある
歯を抜いたことがありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある
その時何か異常はありませんでしたか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (貧血、発熱、麻酔がきかない、血がとまらない)
現在妊娠の可能性は	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (妊娠 月 月予定)
薬や食べ物に対するアレルギーはありませんか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (じん麻疹、抗生物質、その他 )
あなたの血液型は	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> AB <input type="checkbox"/> O
あなたの血圧は	<input type="checkbox"/> 高 <input type="checkbox"/> 正 <input type="checkbox"/> 低
輸血したことが	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある
現在又は過去に内科的な病気はありませんか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (ぜん息、心、肝、腎、糖尿、甲状腺、耳、鼻、その他 )
この機会に	<input type="checkbox"/> 悪い所は全部治したい <input type="checkbox"/> 痛い所だけ
診療についてのご希望は	<input type="checkbox"/> 保険の範囲で治したい <input type="checkbox"/> なるべく保険で、保険のきかない所は自費でも良い <input type="checkbox"/> 最も良い方法で治してほしい
治療時間は	<input type="checkbox"/> 早く終わらせたい <input type="checkbox"/> 時間をかけてほしい
このホームページを何でお知りになりましたか	

なお、治療法、その他について御希望、御質問、わからない点は遠慮なくお尋ね下さい。

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 田中ハイツ 1階

診療時間/月・火・木・金

10:00 ~ 13:00 / 15:00 ~ 20:00

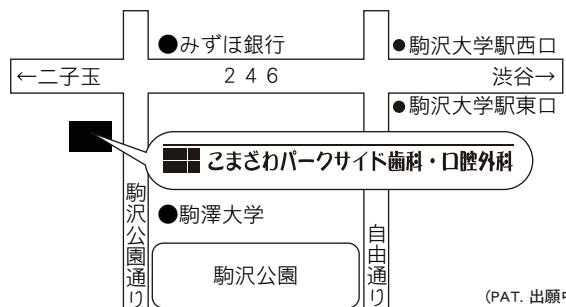
水・土

10:00 ~ 13:00 / 14:00 ~ 17:00

休診日 /日曜・祝祭日

最寄駅 /駒沢大学

駐車場 /1台および隣にコインパーキング3台あり



(PAT. 出願中)