

# TI歯科医院予診票

令和 年 月 日

ふりがな お名前		(男・女)	
生年月日	昭和・平成	年	月 日
住所 〒			
電話番号		携帯電話番号	
メールアドレス			

## 1. ご来院の理由を○で囲んで下さい(複数可)

検診                      クリーニング(歯石除去)                      顎が痛い                      口の中にできものがある  
歯が痛い(部位:                      )                      被せ物、詰め物が取れた(部位:                      )  
その他(                      )

## 2. いつ頃から症状がありますか

(                      )

## 3. 現在治療中ですか(はいとお答えの方は該当するものを○で囲んでください)

はい( 高血圧・ぜんそく・糖尿病・肝炎・骨粗しょう症・その他 )                      いいえ

## 4. 現在薬を飲んでいますか

はい(薬名                      )                      いいえ

## 5. アレルギーはありますか

はい(                      )                      いいえ

## 6. 歯科の麻酔で気分が悪くなったことはありますか

はい                      いいえ

## 7. お口のお手入れについて

・歯みがきをするときは: 起床後      食後(朝・昼・夕)      就寝前  
・歯ブラシ以外の清掃用品は: フロス      歯間ブラシ      その他

## 8. 喫煙習慣はありますか

はい                      いいえ                      過去にあり

## 9. 習慣的飲料物がありますか

はい(                      )                      いいえ

## 10. 女性の方へ、現在妊娠しているもしくはその可能性がありますか

はい(      週目)                      いいえ

## 11. 治療について該当するものを○で囲んで下さい(複数可)

悪いところは全て治したい                      痛むところだけ治したい                      保険診療のみ希望  
必要なら保険外診療でもよい                      白い被せ物をしたい                      ホワイトニングに興味がある

## 12. 治療について希望等ございましたらお書き下さい

(                      )

TI歯科医院では個人情報の保護・管理に努めております。取得した個人情報を外部に持ち出したり、また法令の定める場合を除き本人の同意を得ることなく第三者に提供することは致しません。