

# 予診表 石田歯科医院 055-922-3990

年 月 日

カルテ No.

名前	血液型	男・女	生年月日	明・大 昭・平	年	月	日	才
住所 〒			TEL					
連絡先 〒			TEL					
E-mail								

どうなさいましたか。	痛いところがある。 義歯(いれば)を入れてほしい。 歯の検査をしてほしい。 歯石を取ってほしい。 口臭が気になる。	つめものがとれた。 歯茎(はぐき)が痛い。 歯並びを治したい。 歯を白くしたい。 その他
歯を抜いたことがありますか。	ある。 ない。	
そのときに異常が、	あった( )	なかった
治療についてのご要望。	痛いところだけを治したい。	悪いところは全て治したい。
診療内容について。	全て保健で治療したい。 部分的に、必要であれば、保健外(自費)で治療したい。 全て保健外(自費)で治療したい。	
現在の身体の具合はどうか。	特に異常はない。 アレルギー体質。( ) 高血圧症・低血圧症(上 下 ) 心臓病・糖尿病・肝臓病	血が止まりにくい。 貧血を起こしやすい。 妊娠している。( ヶ月)
現在通院されている病院がありますか。	ない。 通院中。( ) 以前通院していた。( )	医院・病院) 医院・病院)
薬を飲んで副作用がありますか。	ない。 ある。( )	
現在薬を飲んでいますか。	ない。 飲んでいる。薬の名前( )	
診療予約時間でご希望はありますか。	午前( 時頃)	午後( 時頃) 場合による。
このホームページを 何でお知りになりましたか。		
その他希望することを 何でもお書き下さい。		

## 石田歯科医院

沼津市岡一色 128-21

診療時間 / 平日 AM9:30 ~ PM12:30 PM2:00 ~ PM8:00

土曜 AM9:30 ~ PM1:30

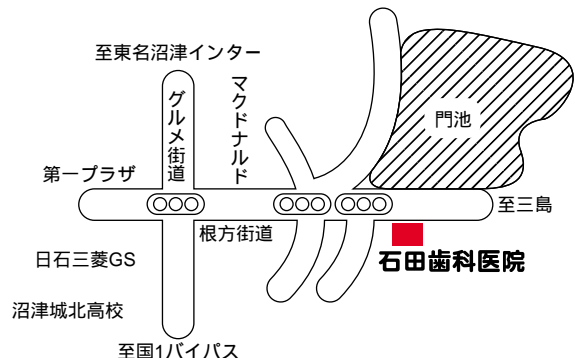
休診日 / 日曜・祝祭日

交通 / JR東海道線、沼津駅南口から富士急バス6番(国

産電機又は三島駅行)乗車、門池中学校入口下

車 徒歩0分

駐車場 / 完備



ご来院前にお電話にてご予約下さい。TEL : 055-922-3990

(PAT. 出願中)