予診カルテ

	ふりがな		男 女
	氏名		

生年月日	大・昭・平　　年　　月　　日		年齢	才
住所	〒　　－			
電話	自宅		携帯	
勤務先 （学校）				
よろしければ、ご紹介者又はお知り合いの方のお名前				
ご紹介者と同一担当医による診療を希望しますか　　はい　　どちらでもよい				
診療のご希望　　１全て保険診療希望　　２自費診療希望　　３相談のうえ決めたい				

- 現在痛みが　…　　ない　　ある
- 抜歯の経験は　…　　ある　　ない
- 血がとまりにくかったことは　…　　ない　　ある
- 薬、食物、金属などに対するアレルギーは　…　　ない　　ある
- 現在服用中の薬は　…　　ない　　ある
  薬名＿＿＿＿＿＿＿＿
- 妊娠中の方に　…　　現在妊娠　　ヶ月　　週
- 他に病気をもっていらっしゃる方　…　　心臓疾患　腎臓疾患　呼吸器疾患
  血液疾患　胃腸疾患　糖尿病
  貧血　高血圧
  その他(病名等)＿＿＿＿＿＿＿＿
- 現在歯科以外の医師にかかって　…　　いない　　いる

※診療に対するご希望があれば＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

タナカ歯科