



年 月 日

予診票

カルテNo. _____



(ふりがな) お名前		生年月日 (満 歳) <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日生	
〒 ご住所		性別 男 ・ 女	
電話番号	自宅 - -	携帯 - -	呼び名 (あだ名)

どうなさいましたか
歯が痛い しみる (冷・温) ムシ歯の治療をしたい
つめもの・かぶせものがとれた 検診 フッ素希望 (3才～)
乳歯を抜いて欲しい
その他 ()

どのあたりですか

左上	上前	右上	<input type="checkbox"/> 歯 <input type="checkbox"/> 歯肉
左下	下前	右下	

その他 ()

いつからですか
() 日前 () 週間前 () ヶ月前

以前に歯医者さんにかかったことは
ありますか ない
ある (治療は出来た 治療は出来なかった)
その他 ()

麻酔や抜歯などをしたことがありますか
「ある」の方は具合が悪くなったことは
ありますか ない ある (麻酔 抜歯)
ない ある ()

現在飲み続けている薬はありますか ない ある (薬名)
また今まで副作用がでたお薬はありますか? ない ある (薬名)

次のようなことはありますか
ない かぶれやすい 湿疹がしやすい アトピー
傷が化膿しやすい 口内炎になりやすい 下痢しやすい
アレルギーがある ()
その他 ()

現在の健康状態は 良好 普通 悪い

今までかかった病気はありますか
特になし
ある (病名)

当院にお見えになったのは
ご家族からの紹介 () 様
知人からの紹介 () 様
ホームページ (PC スマートフォン) EPARKをみて
院前を歩いて
その他 ()

パステル歯科医院では3才～小学6年生までのお子様専用の「KIDSCLUB」がございます。
治療内容を保護者の方へお伝えしながら成長を見届けつつ、お子様が楽しく来院して頂くためのポイントが盛りだくさんの
クラブです。(年会費・入会金は無料・ノート代のみ120円) 入会する 入会しない 分からないので説明希望

来院時間のご希望 特になし 午前 午後 月 火 水 金 土

その他担当医に伝えたいことや
ご希望はございますか ()

以上となります。受付までお願い致します。 **パステル歯科医院**