

# かみ合わせ予診表

矯正・インプラントメンテナンス  
世田谷かみ合わせセンター



|      |  |      |     |        |   |   |    |   |   |
|------|--|------|-----|--------|---|---|----|---|---|
| フリガナ |  | ご記入日 |     | 年      | 月 | 日 |    |   |   |
| お名前  |  | 様    | 男・女 | 昭・平    | 年 | 月 | 日生 | 満 | 才 |
| 〒    |  |      |     | ご自宅TEL |   |   |    |   |   |
| ご住所  |  |      |     | 携帯     |   |   |    |   |   |

|                                                            |                                         |
|------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| <p>どうなさいましたか？<br/>今、一番つらいと思われる<br/>ことを、順番にお書きくだ<br/>さい</p> | <p>1.</p> <p>2.</p> <p>3.</p> <p>4.</p> |
|------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|

|                                             |                                                                               |
|---------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|
| <p>これまでの症状の経過を<br/>できるだけ詳しくお書き<br/>ください</p> | <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> |
|---------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|

|                                                     |                                        |
|-----------------------------------------------------|----------------------------------------|
| <p>これまでに、相談または<br/>治療を受けられた医療機関<br/>があればお書きください</p> | <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> |
|-----------------------------------------------------|----------------------------------------|

|                                                               |                                        |
|---------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| <p>現在、最も不安に感じてい<br/>ること、心配されているこ<br/>とがありましたらお書きく<br/>ださい</p> | <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> |
|---------------------------------------------------------------|----------------------------------------|

|                                                             |                                        |
|-------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| <p>今までにかかった病気があ<br/>れば、書いてください<br/>今飲んでいる薬はありませ<br/>うか？</p> | <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> |
|-------------------------------------------------------------|----------------------------------------|

|                                     |                                        |
|-------------------------------------|----------------------------------------|
| <p>その他、ご不明なことがあ<br/>ったら、お書きください</p> | <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> |
|-------------------------------------|----------------------------------------|