



ふりがな

生年月日

氏名

明・大・昭・平

年

月

日

住所 〒

電話番号

職業

勤務先(学校)

【名称】

電話番号

内線( )

【住所】 〒

どうなさいましたか？	<input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> つめたものがとれた <input type="checkbox"/> 歯がぐらぐらする <input type="checkbox"/> 歯肉から血が出る <input type="checkbox"/> 義歯を入りたい <input type="checkbox"/> その他( )
当院におみえになったのは？	<input type="checkbox"/> はじめて <input type="checkbox"/> 以前来たことがある( )
歯を抜いた時異常は？	<input type="checkbox"/> 抜いたことが無い <input type="checkbox"/> 異常はなかった <input type="checkbox"/> ある 血が止まらなかった 貧血を起こした その他( )
薬を使用して異常は？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある 麻酔薬 抗生物質 ピリン系 その他( )
内科の病気にかかっていますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい 心臓 腎臓 肝臓 胃腸 高血圧 糖尿 その他( )
現在かかっている病気	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある 病名( ) 医院名( )
服用中の薬はありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある 薬名( )
治療範囲について	<input type="checkbox"/> 悪いところを全部治したい <input type="checkbox"/> 痛いところだけでよい
治療費について	<input type="checkbox"/> 健康保険の範囲で治したい <input type="checkbox"/> なるべく保険で治したい <input type="checkbox"/> よく相談して決めたい
現在妊娠・授乳中ですか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ( 妊娠    ヶ月 ・ 授乳中 )
治療希望時間は？	<input type="checkbox"/> 午前中 <input type="checkbox"/> 正午～午後1時30分頃 <input type="checkbox"/> 午後3時～午後5時頃 <input type="checkbox"/> 午後5時～午後7時頃 <input type="checkbox"/> 午後7時以降

ありがとうございました

# 下馬デンタルクリニック

診療科目：一般歯科・小児歯科・予防歯科・ホワイトニング  
火曜日・金曜日は夜9時まで診療致します。



03-3414-8606

	月	火	水	木	金	土
AM 10:00				訪問診療		
PM ~ 1:00	○	○	○	訪問診療	○	○
PM 3:00				訪問診療		
PM ~ 7:00	○	○	/	訪問診療	○	/
PM 7:00	/	○	/	訪問診療	○	/
PM ~ 9:00	/	○	/	訪問診療	○	/



東急田園都市線 三軒茶屋駅下車 南側出口より 徒歩 約10分

東急バス 自衛隊中央病院入り口  
駒繫(こまつなぎ)小学校入り口 下車 徒歩約5分

●所在地  
〒154-0002  
東京都世田谷区下馬2-25-17 DRホームズ1F

●電話番号  
03-3414-8606

