

予 診 表

フリガナ

御名前 _____ (男・女)

御住所 _____

電 話 _____

生年月日 明・大・昭・平 年 月 日生 才

* 西暦 年

電 話 _____

勤務先名称 _____

受診日 年 月 日

★ 予診表は、あなたの診療のための大切な参考資料です。あなたのプライバシーは厳守いたしますので、できるだけ正確に記入してください。

1 どうなさいましたか	☐ 虫歯の治療をしたい ☐ 歯の清掃をしてほしい ☐ 検査をしてほしい ☐ 歯ならびを治したい ☐ 入れ歯を入れたい ☐ その他()												
2 当医院を知り、お見えになった理由は	☐ 会社、自宅に近いから ☐ 夜間診療をやっているから ☐ タウンページ、インターネットを見た ☐ 会社、身内、近所の評判をきいて ☐ 紹介されてきた(御紹介者名)												
3 どこがお痛みですか	<table border="0"> <tr> <td>右上</td> <td>上前</td> <td>左上</td> <td>☐歯</td> <td>☐舌</td> <td>☐歯肉</td> </tr> <tr> <td>右下</td> <td>下前</td> <td>左下</td> <td>☐顎</td> <td>☐頬</td> <td>☐唇</td> </tr> </table>	右上	上前	左上	☐ 歯	☐ 舌	☐ 歯肉	右下	下前	左下	☐ 顎	☐ 頬	☐ 唇
右上	上前	左上	☐ 歯	☐ 舌	☐ 歯肉								
右下	下前	左下	☐ 顎	☐ 頬	☐ 唇								
4 痛みはどのくらい前から続いていますか	☐ 今日はじめて ☐ 日前から ☐ 週間前から ☐ カ月前から ☐ 時々												
5 痛み方は	☐ ズキズキ痛い ☐ ズッと痛い ☐ 歯を合わせると痛い ☐ 痛んだり止んだり ☐ 冷いものがしみる ☐ 熱いものがしみる												
6 今までに麻酔注射をしたり歯を抜いた時に異常はありませんでしたか	☐ 麻酔や歯を抜いたことがない ☐ 貧血めまいをおこした ☐ 異常なし ☐ 何日か痛んだ ☐ 血が止まらなかった ☐ 抜歯後腫れた ☐ 熱がでた ☐ その他												
7 現在、飲んでいる薬はありますか	☐ ない ☐ ある(薬品名)												
8 薬を飲んで副作用はありますか	☐ ない ☐ ある ☐ 胃が痛くなる ☐ 発疹がでる ☐ かゆくなる ☐ その他() ☐ 副作用のあった薬品名()												
9 アレルギーや特異体質はありませんか	☐ ない ☐ ある ☐ かぶれやすい ☐ ぜんそくがある ☐ 鼻がつまる ☐ その他												
10 抗生物質、副腎皮質ホルモン剤の使用経験はありますか	☐ ない ☐ ある ☐ わからない												
11 現在受診中、または過去1年以内に医者にかかったことがありますか	☐ ない ☐ ある(医院 病院 科)												
12 内科的病気はありますか	☐ 心臓 ☐ 腎臓 ☐ 肝炎 ☐ 糖尿 ☐ 高血圧 ☐ 低血圧												
13 現在の健康状態は(男・女)(女性のみ)	☐ 良好 ☐ 普通 ☐ 悪い ☐ 生理中 ☐ 妊娠中(カ月)												
14 治療内容、費用についてご希望がありましたら、ご記入下さい	☐ 保険のきく範囲で治したい ☐ 最も良い材料と方法で治したい ☐ なるべく保険で一部自費でもかまわない ☐ 痛むところだけ治療希望 ☐ 悪いところすべて												