

予 診 表

適切かつ安全な歯科治療のためにご協力下さい。

ふりがな
お名前

明・大・昭・平 年 月 日生(才)

〒

御住所

電 話 ()

御職業

勤務先

電 話 ()

Eメールアドレス

@

携帯電話 ()

当院を何でお知りになりましたか

- ① ご紹介 ② 電話帳広告 ③ バスの広告 ④ 電柱広告 ⑤ インターネット
⑥ 近所だから ⑦ その他()

御紹介者があればお書き下さい。

様 関係

あなたの健康状態を知り、治療上の参考にさせて戴きます。下記の項目に○印、又はご記入下さい。

どうなさいましたか	① 歯が痛い ② 虫歯がある ③ つめたものがとれた ④ 歯ぐきから血が出る・はれた ⑤ 歯がぐらぐらする ⑥ 歯を入りたい ⑦ 歯石をとりたい ⑧ 歯並びが気になる ⑨ 入れ歯がこわれた ⑩ 定期検査 ⑪ その他()	
痛み方は	① 痛みはない ② 少し痛い ③ ズキズキ痛い ④ かむと痛い ⑤ 何もしなくても痛い ⑥ 前に痛んだことがある ⑦ しみる(甘いもの、熱い、冷たい)	
どこがお痛みですか	右上 上前 左上 右下 下前 左下	① 歯 ② 歯肉 ③ 舌 ④ 頬 ⑤ 唇 ⑥ 顔 ⑦ 顎関節 ⑧ その他()
当院にお見えになったのは	① はじめて ② 前に来たことがある(ヶ月前)(年位前)	
以前に歯科治療を受けたのは	(ヶ月前) (年位前) ない	
歯科で麻酔注射をしたことがありますか	① ある ② ない	
歯をぬいたことはありますか	① ある ② ない	
その時何か異常がありましたか	① あった ② な い	(1) 血が止まらなかった (2) 麻酔がきかなかった (3) 貧血を起こした (4) ひどくはれた (5) 熱が出た (6) 意識を失った
過去に大きな病気をしたことがありますか	① あ る ② な い	(1) 肝 炎 (2) 心臓病 (3) 糖尿病 (4) 腎臓病 (5) 高血圧 (6) ぜん息 (7) てんかん (8) 脳卒中 (9) 蓄のう症 (10) その他
現在、内科など他科の医院に通っていますか	① は い ② いいえ	(科) (主治医) (病名)
現在(または最近まで)服用している薬がありますか	① あ る ② な い	薬 剤 名 () いつから ()
特異体質、アレルギーがありますか	① あ る ② な い	(1) 薬 () (2) 食べ物 () (3) その他 ()
現在、妊娠していればご記入下さい(現在 ヶ月:ご出産予定日 平成 年 月 日:かかりつけ病院名(治療期間中に妊娠された方はお知らせください))	()	
タバコを吸いますか	① 吸わない ② 以前吸っていた(年前) ③ 吸う(一日 本位)	
一日に歯を磨くのは	1日 回 (いつ磨きますか? 朝・昼・夜)	