

予 診 表

平成 年 月 日

ふりがな

氏 名: _____ 生年月日: 明・大・昭・平 年 月 日

住 所: _____ (電話) _____

お勤め先: _____ (電話) _____

_____ (携帯電話) _____

※下記の質問について、当てはまるものに✓をつけて下さい

当院は初めてですか？

初めて、前にきたことがある (_____ 年前くらい)

どのようにして当院を知りましたか？

知人や家族の紹介 (紹介者氏名: _____)

電話帳、看板、家が近所、職場が近所、インターネット

本日はどうされましたか？ (複数回答可)

- 歯が痛い、詰め物がとれた、虫歯の治療がしたい、歯が欠けた、
- 歯茎が痛い、歯茎が腫れた、歯茎から出血する、歯が揺れる、
- お口が臭う、歯周病の治療がしたい、
- 義歯を作りたい、義歯が壊れた、義歯の調子が悪い、
- 見た目を美しくしたい、歯を白くしたい、歯の掃除をしたい、
- 検査をしたい、その他 (_____)

症状はいつからですか？

今日から、 (_____) 日前から、時々、ずっと以前から

どのような痛み方ですか？ (複数回答可)

- ずっと痛い、痛んだり止んだり、ズキズキ痛い、噛むと痛い、
- しみる (冷・温・甘)、

最近歯科治療を受けましたか？

(_____) 年前、 (_____) ヶ月前、現在治療中

裏面もご記入ください

歯科の麻酔について（複数回答可）

- 何ともなかった、気分が悪くなった、貧血になった、
麻酔をしたことがない、その他（ ）

歯を抜いたときについて（複数回答可）

- 何ともなかった、気分が悪くなった、貧血になった、
血が止まりにくかった、熱がでた、腫れた、麻酔が効かなかった、
その他（ ）

全身の健康状態について

- 普通、よくない、他科に受診中（医院名： ）

現在までにかかった病気について（複数回答可）

- ない、心臓疾患、肝臓疾患、腎臓疾患、血液疾患、脳血管障害、
高血圧、糖尿病、精神不調和、喘息、湿疹、蕁麻疹、
その他（ ）

現在、服用している薬について

- ない、ある（ ）

アレルギーや副作用の出る薬はありますか？（複数回答可）

- ない、麻酔薬、抗生物質、ピリン系薬剤、その他（ ）

女性の方へ

- 妊娠中（ ）週、妊娠の可能性がある、授乳中（産後 ）ヶ月

治療についてのご希望は

- 悪いところはすべて治したい、相談して決めたい、応急処置だけ

治療内容に関して

- 自費も含めた材料と方法についても説明を受けたい
健康保険の範囲で治したい

診療予定時間について

- （ ）曜日の（ ）時頃を希望、何時でもよい、その他（ ）

診療に際して希望がありましたらお書きください

（ ） たかぎ歯科医院