

# 予 診 表

受診日 平成 年 月 日

ご連絡先 自宅 ( )

フリカナ 携帯電話 ( )

お名前 \_\_\_\_\_

ご職業 \_\_\_\_\_ ご住所 \_\_\_\_\_

- どうなさいましたか？  
虫歯の治療をしたい 歯並びを治したい  
入れ歯を入れたい 検査をしてほしい  
歯の清掃をしてほしい 歯槽膿漏を治したい
- どこがお痛みですか？  
歯 歯肉 舌 頬 唇 顎
- いつからですか？  
今日始めて  日前頃から  
ずっと前から 時々
- 痛み方は？  
ズキズキ痛い ジワァ〜と痛い  
歯を合わせると痛い 痛んだり止んだり
- 冷たいものは？  
しみる しみない
- 熱いものは？  
しみる しみない
- 以前、歯を抜いた事がありますか？ ある( 年前・ ヶ月前) なし
- その時、何か異常はありませんでしたか？  
ある(あると答えた方は、次へ) なし  
血が止まらなかった 貧血を起こした 何日も痛んだ 熱が出た
- 現在歯科以外で医師の治療を受けていますか？ 受けている 受けていない  
心臓 \*ペースメーカー装着(有・無)  
腎臓 肝臓 高血圧 低血圧  
糖尿  
その他 \_\_\_\_\_  
血流を良くする薬を飲んでいる
- 医師や歯科医師から使用にあたって注意されている薬品がありますか？  
ある 薬品名 \_\_\_\_\_ なし
- 麻酔をして異常はありませんか？ ある なし
- 特異体質やアレルギーはありませんか？ ある(かぶれ易い・喘息・蕁麻疹がでる)  
なし その他 \_\_\_\_\_
- 現在妊娠されていますか？ 妊娠 ヶ月 妊娠の疑いがある なし
- この機会に 悪い所は全部治したい 痛い所だけ  
相談して その他 \_\_\_\_\_
- 診療についてのご希望は？ 保険の範囲内で治したい  
なるべく保険で、保険の利かない所は自費でよい  
最も良い方法で治したい
- ご紹介者がいらっしゃいましたらご記入ください \_\_\_\_\_ 様