

予 診 表

記入日 年 月 日

予診表は、あなたの診療の為に大切な参考資料です。プライバシーは厳守いたしますので、できるだけ正確にご記入下さい。

ふりがな ご氏名	性別 男・女	生年月日 大・昭・平 年 月 日 歳
ご住所	電話番号	
ご職業	携帯電話	
PC メールアドレス	携帯メールアドレス	

■どうなさいましたか（該当するものは全て選んでください）

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 歯が（痛い・しみる・虫歯） | <input type="checkbox"/> 歯肉が（痛い・腫れた・血が出る） |
| <input type="checkbox"/> つめ物やかぶせ物が（はずれた・壊れた） | <input type="checkbox"/> 歯の抜けたところをなんとかしたい |
| <input type="checkbox"/> 歯石をとりたい | <input type="checkbox"/> 歯並びがきになる |
| <input type="checkbox"/> 入れ歯があわない、又は、入れ歯をつくりたい | <input type="checkbox"/> お口の中を検査したい |
| <input type="checkbox"/> その他（ | ） |

■今までに以下の病気にかかったことがありますか

- | | | | |
|------------------------------|-------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> 心臓病 | <input type="checkbox"/> 肝臓病 | <input type="checkbox"/> 腎臓病 |
| <input type="checkbox"/> 高血圧 | <input type="checkbox"/> ぜんそく | <input type="checkbox"/> 糖尿病 | |
| <input type="checkbox"/> 脳疾患 | <input type="checkbox"/> その他（ | ） | |

■現在服用中の薬はありますか

- ない ある（薬名）

■現在治療中の病気はありますか

- ない ある（病名）
（病院名） 主治医名

■過去に薬を飲んで副作用があったことはありますか

- | | | | |
|--|--------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> 胃が痛んだ | <input type="checkbox"/> かゆくなった | <input type="checkbox"/> 発疹があった |
| <input type="checkbox"/> その他（ | ） | | |
| <input type="checkbox"/> 副作用のあった薬名・種類（ | ） | | |

■歯科の局所麻酔注射をしたことがありますか

- ない ある 異常はなかった 異常があった（

■抜歯をしたことがありますか

- | | | | |
|----------------------------------|------------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> ある | <input type="checkbox"/> 異常はなかった | <input type="checkbox"/> 出血が止まりにくかった |
| <input type="checkbox"/> 貧血を起こした | <input type="checkbox"/> 何日も痛みが続いた | <input type="checkbox"/> その他（ | ） |

■妊娠やその可能性はありますか、または授乳中ですか（女性のみ）

- ない 妊娠中（週目） 授乳中

■タバコを吸われますか

- 吸わない 吸う（本/日）

■当院を何でお知りになりましたか

- | | | |
|---|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 買い物に来て | <input type="checkbox"/> HP をみて | <input type="checkbox"/> インターネットで検索して |
| <input type="checkbox"/> 電話帳を見て | <input type="checkbox"/> 家・会社が近所 | <input type="checkbox"/> その他（ |
| <input type="checkbox"/> 家族が通院しているので（お名前） | ） | |
| <input type="checkbox"/> 知人に紹介されて（紹介者名） | <input type="checkbox"/> 事前に当院 HP をご覧になられた方は | |
| <input type="checkbox"/> その他（ | ） チェックをお入れください | |

■治療について

- 今、痛いところだけを治したい 悪いところがあれば、全て治していきたい

■定期検診（予防）について

- 是非受けたい あまり受けたくない 説明を聞きたい

■通院できる時間帯に○をしてください

月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	日曜日
午前	午前	—	午前	午前	午前	午前
午後	午後	—	午後	午後	午後	午後
夜	夜	—	夜	夜	夜	夜

★お願い…疲労、発熱、頭痛、吐き気、睡眠不足、生理等 体の不調な日は、必ず診療前に医師にお申し出下さい。
ご記入ありがとうございました。