



# 予 診 表

平成 年 月 日 記入

フリガナ			性別	男女	生年月日	大昭平	年	月	日
お名前							( 歳)		
現住所	〒 - (郵便番号は必ずご記入ください)				メールアドレス (予約案内用)	@			
	電話 - -								
勤務先	名称:	ご職業:		日中に連絡がつく 連絡先電話番号		- -			
	電話 - -								
ご来院の きっかけ	・ご紹介者 ( ) 様 ・医院前看板 ・インターネット ・携帯サイト ・タウンページ ・チラシ ・エキテンを見て ・その他 ( )								

この予診表は患者様によりよい治療を受けて頂くための参考にするものです。患者様のプライバシーは厳守致します。

本日はどうされましたか？ (なるべく詳しくご記入下さい)	1. 歯が痛い 2. 歯ぐきが腫れた 3. しみる 4. 取れた(欠けた) 5. 金属アレルギー治療の相談をしたい 6. 入れ歯の不具合 7. 噛むと痛い 8. インプラントを入れたい 9. 義歯を入れたい 10. 歯並びを治したい 11. フッ素 12. 検診・相談 13. その他 ( )								
いつ頃からですか？	( ) 日前 ( ) ヶ月前								
最後に歯科に行かれたのはいつですか？	約 年 ヶ月前								
現在の健康状態は？	良好 ・ 普通 ・ 良くない ( )								
かかった事のある病気は	1. ない 2. 心臓病 *ペースメーカー(有・無) 3. 脳疾患 4. 肝臓(B型・C型・その他) 5. 糖尿病 6. 高血圧・低血圧 ( / mm/Hg) 7. 腎臓病 8. 鼻の病気 9. 血液疾患 10. リウマチ・関節炎 11. 骨粗しょう症 *かかっていた時期 ( )								
現在 かかっている病気は 飲んでいる薬は	1. ない 2. 病名( ) 病院名( ) 薬品名( ) *お薬手帳をお持ちでしたらご提示下さい								
アレルギー体質ですか？	1. いいえ 2. 金属製品(製品名: ) 3. 薬のアレルギー(薬品名: ) 4. 花粉、ハウスダストにアレルギーがある 5. 食品(食品名: )								
アレルギー症状について	・発症時期は？( 年 ヶ月前から) ・発症部位は？(口の中・口唇・顔面・手の平・足の裏・うで・下肢・全身・その他 ) ・具体的な発症は？(痛い・かゆい・はれる・湿疹がでる・その他 )								
お薬による胃腸障害はありますか？	1. いいえ 2. はい								
今までに手術を受けたことはありますか？	1. ない 2. ある (手術名: )								
歯の治療・注射・抜歯などで具合の悪かった事は	1. ない 2. 血が止まりにくかった 3. 貧血をおこした 4. 気分が悪くなった 5. 痛みが続いた 6. 熱が出た 7. その他 ( )								
現在妊娠していますか？	1. していない 2. している ( ヶ月)								
喫煙の習慣の有無	1. 無い 2. ある ( 本/日)								
歯の治療についてあなたは	1. 嘔吐反射がある 2. こわがり(音・振動・麻酔・他 ) 3. 痛がり 4. 神経質 5. 見た目を気にする 6. 他 ( )								
当院が行っている治療について関心のあるものは	1. 詰め物に金属を使用しない治療を希望 2. 矯正 3. 予防(虫歯・歯周病) 4. ホワイトニング 5. インプラント 6. 治療内容相談・見積								
治療についてのご要望は									
来院可能な曜日・時間帯		月	火	水	木	金	土	日	
	10:00~13:30								
	15:00~17:00								
	17:00~20:00								

ご協力有り難うございました。