

# 予診票

NO. \_\_\_\_\_

ふりがな  
氏名 \_\_\_\_\_ 生年月日 大・昭・平 年 月 日 (男・女)

〒  
住所 \_\_\_\_\_

自宅電話 \_\_\_\_\_ 携帯電話 \_\_\_\_\_

紹介者がございましたらご記入ください \_\_\_\_\_ 様

当院での診療の参考にしますので下記の質問に出来るだけ正確にお答えください。  
該当する箇所には○をつけて下さい。

1. どうなさいましたか
- ・ 痛い
  - ・ 詰め物が取れた
  - ・ しみる
  - ・ 腫れた
  - ・ 入れ歯を診てほしい
- } 症状が出たのはいつ頃ですか? \_\_\_\_\_  
場所はどの辺りですか? \_\_\_\_\_
- ・ 検診 ( 歯のクリーニング ) したい
  - ・ その他 \_\_\_\_\_

2. 当てはまる方に○をしてください
- ・ 虫歯は全部治したい
  - ・ 希望するところだけ治したい

3. 治療の方法
- ・ すべて保険の範囲でやってほしい
  - ・ 多少費用がかかってもよいものを入れたい ( 保険外 : インプラント、金属床 等 )
  - ・ 相談の上

4. 内科的疾患は : ない ある 前にあった

心臓	肝臓	肝炎 ( B型・C型 )	腎臓	胃腸 ( 特に潰瘍 )
貧血	リウマチ	脳梗塞	蓄膿	糖尿
高血圧 ( _____ ~ _____ mmHg )	その他 ( _____ )			

現在通院中の方は : 病院 \_\_\_\_\_ 担当医 \_\_\_\_\_

5. 現在続けて飲んでいるお薬は \_\_\_\_\_ ない ・ ある
- |          |               |      |      |
|----------|---------------|------|------|
| 副腎皮質ホルモン | 血圧の薬          | 抗生物質 | 痛み止め |
| 胃腸薬      | その他 ( _____ ) |      |      |

6. アレルギーや特異体質がありますか : ない ある ( \_\_\_\_\_ )

7. 抜歯や治療した時に異常は : ない ある ( \_\_\_\_\_ )

8. 歯科で麻酔をした時に異常は : ない ある ( \_\_\_\_\_ )

9. 女性の方で : 妊娠 \_\_\_\_\_ ヶ月

10. お口の健康を維持するために定期健診をお勧めしております。  
治療後の定期健診を : 希望する \_\_\_\_\_ 希望しない \_\_\_\_\_

11. その他治療に対するご意見、ご要望がありましたらお書き下さい