

予 診 表

年 月 日

フリガナ
お 名 前

男 ・ 女

大正 昭和
平成 令和

年 月 日生(才)

(〒 -)
住 所

TEL

勤務先(学校名)

TEL

1.当院に来院されたのは? ☐はじめて ☐以前に来たことがある
2.当院をご紹介してくださった方がいらっしゃいましたらお書き下さい。(ご紹介者 様)

歯科治療をスムーズに行うための大切な資料になります。お手数ですがご記入下さい。

どうなさいましたか (複数ある場合はすべてに 印をつけてください。)	☐ 歯が痛い ☐ 虫歯がある ☐ つめものが取れた ☐ 歯ぐきのはれた ☐ 歯がしみる ☐ 歯ぐきから血が出る ☐ 歯がグラグラする ☐ 歯石やヤニを取ってほしい ☐ 入れ歯が(・痛い・壊れた・新しくしたい) ☐ 口臭が気になる ☐ あごが痛い、口が開けづらい ☐ 歯ならびが気になる ☐ 歯を白くしたい ☐ 定期検診、相談 ☐ その他()
痛みはどのくらい前からですか	☐ 今日はじめて ☐ 日前から ☐ 週間前から
歯を抜いたことがありますか	☐ ない ☐ ある ☐ ヶ月前 ☐ 年前
今まで麻酔をしたり、歯を抜いたり した時異常はありませんでしたか	☐ 麻酔や歯を抜いたことがない ☐ 異常がなかった ☐ あった(症状)
特異体質やアレルギーは ありますか	☐ ない ☐ 喘息 ☐ しっしん ☐ アトピー ☐ 食物アレルギー ☐ その他()
かかりつけの医院はありますか	☐ ない ☐ ある(院名 科名)
内科的な病気はありますか	☐ ない ☐ 心臓 ☐ 肝臓(肝炎orその他) ☐ 高血圧 ☐ 糖尿 ☐ 甲状腺 ☐ 腎臓 ☐ その他()
現在服用している薬は	☐ ない ☐ ある(薬名) ☐ 骨粗しょう症治療薬(薬名)
女性の方へ	☐ 妊娠中(ヶ月) ☐ 授乳中
最後に歯科にかかったのはいつですか?	
治療についておたずねします	1.診療日・時間について ☐ だいたい、いつでも良い ☐ 都合の良い日(曜日)・時間帯がある日(曜日、 時頃) 2.治療の範囲について ☐ 悪いところは全部治したい ☐ 困っている所だけ治したい ☐ 保険内ですませたい ☐ 保険外の治療法についても説明してほしい ☐ インプラントについて説明してほしい
治療に対するご希望が ありましたら遠慮なく ご記入下さい	