予　診　表

ふりがなを必ずご記入ください　　令和　　年　　月　　日

ふりがな

氏　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　生年月日　　昭　平　令　　年　　月　　日

住　所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　連絡先電話番号 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

お答えは○で囲んでください。また、（　）内にもご記入願います。

１　本日はどうなさいましたか？

　　歯が痛い　　歯ぐきが腫れた　　義歯がこわれた　　歯並びが悪い

　　つめものがとれた　　歯の掃除をしたい　　その他

２　今までに、歯科治療で麻酔注射をした時に異常はありませんでしたか？

　　異常なし　　麻酔をしたことはない　　気分が悪くなった

３　現在服用している薬はありますか？

　　ない　　ある　（薬の名まえ　　）

４　体に合わなかった薬はありますか？

　　ない　　ある　（薬の名まえ　　）

　ある　と答えた方…どんな症状がでましたか？

　　発疹がでた　　吐き気　　下痢　　胃が痛くなった　　その他

５　アレルギーや特異体質はありませんか？

　　特になし　　食品アレルギー　　ぜんそく　　血が止まりにくい　　その他

６　現在、もしくは最近、他の病院にかかっていらっしゃいますか？

　　ない　　ある　（　　病院　　科）

７　全身的な病気はありませんか？

　　特になし　　骨粗鬆症　　糖尿　　肝炎　　心臓　　高血圧　　その他

８　現在の健康状態は？

　　普通　　悪い（病名　　）　女性の方…妊娠中（　　ヶ月）授乳中

９　希望される治療の範囲について、近いものに○をつけてください。

　　今現在困っているところだけを治療したら終了にしたい

　　他にも治療したい部分があるので相談したい

　　全体的に調べて悪いところがあれば相談して治したい

１０ 治療を始める前に、お聞きになりたいことやご希望がありますか？

１１　当院をお知りになったきっかけは何ですか？（　　）