

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 大 昭 平 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るでしょうか？

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？ ()