

予 診 表

当院では患者様の健康保持と責任ある治療を行うため、病状やご希望のチェックをいたしますので、お手数ながら下記質問にお答えください。(該当する項目を全て☑して下さい。)

フリガナ 氏 名		年 月 日生	勤務先名	
自 宅 所	〒		勤 務 先 住 所	〒
電話番号			勤務先電話	
携帯電話			E-mail	

当院におみえになったのは _____
 はじめて 前に来たことがある 月前 年前

当院を知った理由は _____
 紹介を受けて (ご紹介者名 _____) ホームページを見て (_____)
 建物の看板を見て その他 (_____)

どうなさいましたか _____
 歯が痛い 虫歯がある 歯並びを直したい 審美歯科について相談したい
 歯が動く 歯茎が腫れた 検査をしてほしい つめたもの・かぶせたものがはずれた
 口臭が気になる 顎関節が痛い さし歯を入れたい 冷たいもの又は熱いものがしみる
 ホワイトニング (歯を白くしたい) 入れ歯が合わない インプラントについて相談したい
 汚れや歯石をとってほしい 入れ歯を新しくしたい いびきの治療をしたい
 その他 (_____)

歯を抜いたことがありますか _____
 ない ある 月前 年前

その時何か異常はありませんでしたか _____
 ない 貧血をおこした 麻酔がききにくかった 気分が悪くなった 熱が出た 何日も痛んだ
 血が止まりにくかった その他 (_____)

注射をして異常はありませんか _____
 ない ある (_____)

特異体質やアレルギーはありませんか _____
 ない ある (_____)

内科的な病気はありませんか _____
 心臓 肝臓 (B型肝炎・C型肝炎・その他) 腎臓 胃腸の病気 糖尿病 血液の病気 てんかん
 ぜんそく 内分泌系の病気 神経痛・リウマチ 高血圧 低血圧 自律神経失調症 骨粗鬆症
 HIV感染 その他 (_____)

毎日飲んでいる薬はありますか _____
 ない ある (_____)

使用にさいして注意しなければいけない薬はありますか _____
 ない ある (_____)

薬を飲んで副作用はありませんか _____
 ない 胃が痛くなる しっしんができる じんましんができる その他 (_____)

その他特別なことは _____
 妊娠 ヶ月 事故 その他 (_____)

この機会に _____
 悪い所は全部治療したい 痛い所だけ治療したい

予約時間で都合のよい時間があれば記入して下さい _____
 月・火・水・木・金・土 午前 時頃 / 午後 時頃 (土曜日は午後6時まで診察しています。)