

# 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 \_\_\_\_\_  
 午前                      時頃    /    午後                      時頃 (月・火・木は午後8時30分 / 水・金は午後7時まで診察しています。)