

予診表

年 月 日

フリガナ

お名前 _____〔男・女〕 紹介者のお名前 _____

生年月日 大・昭・平 年 月 日

ご住所 _____

お電話番号〔自〕 _____ 日中のご連絡先 _____

この予診表は歯科診療を安心かつ円滑に進めていくために記載していただくものです。
内容は診療関係者以外の目に触れるものではありません。できるだけ正確にお答え下さい。

1) 今日はどうなさいましたか？（○をしてください）

- ・ 歯が痛い
- ・ 歯ぐきが痛い
- ・ つめものやかぶせものがはずれた
- ・ 入れ歯を入れたい
- ・ 検診をしたい
- ・ 親知らずが気になる
- ・ 歯の掃除をしたい
- ・ 顎が痛い
- ・ 歯を白くしたい
- ・ 口臭が気になる
- ・ その他相談したい

2) 今までに大きな病気をしたことがありますか？（○をしてください）

- ・ 心臓 ・ 肝臓 ・ 腎臓 ・ 血液 ・ 糖尿病 ・ 貧血 ・ 消化器系の病気
- ・ 高血圧〔 / mmHg〕 ・ 精神的病気 ・ その他（ ）
- ・ 骨粗鬆症 ・ 特にない

3) 2)でお答えになった方にお聞きします。

- a) 現在も病院にかかっている ・ はい ・ いいえ
（病名 _____ 病院名 _____ 担当医名 _____）
- b) 現在もお薬を飲んでいる ・ はい ・ いいえ
（薬の名前 _____）

4) 歯科診療は怖いですか？ ・ はい ・ いいえ

5) 歯科麻酔を受けたことがありますか？ ・ はい ・ いいえ
（その時、気分が悪くなりましたか？） ・ はい ・ いいえ

6) アレルギーはありますか？ ・ はい ・ いいえ
（アレルギーがでるもの _____）

7) 女性の方へ
現在妊娠している ・ いいえ ・ はい（ 月）
現在生理中 ・ いいえ ・ はい

8) ・ この機会にすべて治したい ・ 気になるところだけでいい

9) ・ 治療はすべて保険がいい ・ 場合により自費を考えている

☆ 洗口コーナーにて歯を磨かれてお待ち下さい

☆ 女性の方は口紅を落としてください

☆ 携帯電話は待合室の外でお願いします