

## 予 診 表

フリガナ \_\_\_\_\_ 男 \_\_\_\_\_ 明・大  
 お名前 \_\_\_\_\_ 女 \_\_\_\_\_ 生年月日 昭・平 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日生 ( \_\_\_\_\_ 才)  
 血液型 \_\_\_\_\_  
 〒 \_\_\_\_\_  
 住 所 \_\_\_\_\_  
 電 話 \_\_\_\_\_ (ご勤務先 \_\_\_\_\_ )  
 携帯電話 \_\_\_\_\_

この予診表は患者さんによりよい治療を受けて頂くための参考にするものです。患者様のプライバシーは厳守致しますので、正確に記入して下さい。

本日はどうなされたのですか？ (□にV印をご記入下さい)	<input type="checkbox"/> 歯が痛い (虫歯) <input type="checkbox"/> つめ物・かぶせ物がとれた <input type="checkbox"/> 歯ぐき (歯肉) が痛い <input type="checkbox"/> 親知らずが気になる <input type="checkbox"/> 口臭が気になる <input type="checkbox"/> 矯正相談	<input type="checkbox"/> 歯がしみる <input type="checkbox"/> うまく物が噛めない <input type="checkbox"/> 歯ぐきから血が出る <input type="checkbox"/> あご (顎関節) が痛い <input type="checkbox"/> 定期健診, 歯石除去, クリーニング希望 <input type="checkbox"/> その他
いつ頃からですか？	( ) 日前 ( ) ヶ月前	
今までに歯を抜いたり、麻酔をした時に異常がありましたか？	ない ・ ある ( )	
喫煙	する ・ しない	
現在常用している薬はありますか？	ない ・ ある (薬品名: )	
過去に薬を飲んでアレルギーが出た事がありますか？	ない ・ ある (薬品名: )	
アレルギー体質もしくは、ぜんそくをお持ちですか？	いいえ ・ はい ( )	
現在・過去のご病気について伺います (罹患されている、もしくは罹患した事のあるご病気の □にV印をご記入下さい)	<input type="checkbox"/> 高血圧 ( / mmHg ) <input type="checkbox"/> 低血圧 ( / mmHg ) <input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> 狭心症・心筋梗塞 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 肺・呼吸器疾患 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> 肝炎 ( 型 ) <input type="checkbox"/> 性病 <input type="checkbox"/> 血液疾患 <input type="checkbox"/> 精神疾患 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
現在妊娠していますか？もしくは可能性がありますか？	していない ・ している ( ヶ月)	
どのような治療を希望しますか？ (□にV印をご記入下さい)	<input type="checkbox"/> 現在、痛むところのみ治療したい <input type="checkbox"/> 多少費用がかかっても悪いところがあればしっかり治療したい <input type="checkbox"/> 先生と相談して決めたい <input type="checkbox"/> 希望の予約が取れるのであれば担当医でなくてもかまわない	
当医院にご来院されたきっかけ (□にV印をご記入下さい)	<input type="checkbox"/> 家が近所 <input type="checkbox"/> チラシを見て <input type="checkbox"/> インターネットで知った <input type="checkbox"/> 知人の紹介 ( 様 ) <input type="checkbox"/> その他 ( )	

ご協力有り難うございます。