

予診表

NO. _____ フリがな 氏名 _____ 殿

生年月日 明治 大正 昭和 平成 年 月 日

ご住所 〒 _____

電話 (自) _____ (勤) _____

職業及び 会社名 _____

お答えは○で囲んでください

当院は初めてですか 初めて 以前来たことがある (約 _____ 年 _____ ヶ月前)

歯の治療を受けたことは ある ない

どこが悪いですか 歯が痛い 歯茎が痛い 歯が動く 腫れた
歯茎から血が出ている その他 (_____)

いつから痛みますか 今日から 昨夜から (_____) 日前から

痛み方は 痛んだり止まったり ズキズキ痛い
噛むと痛い 重苦しく痛い しみる (冷・熱・甘)

歯を抜いた時又はその他の手術時の異常 なかった 血が止まりにくい 熱が出た
麻酔が効かない 脳貧血 その他 (_____)

全身の健康状態は 正常 よくわからない 妊娠中 _____ ヶ月
便通 (良い・悪い)

現在かかっている病気は (_____)

血圧は 正常 高い 低い わからない

あなたの体質は 異常なし ぜんそく 湿疹 蕁麻疹
アレルギー (麻酔薬・抗生物質・ピリン系薬剤・その他の薬品)

最近どんな薬品をお飲みですか 飲んでいない ビタミン剤 栄養剤 ホルモン剤
その他 (_____)

今まででかかった病気 心・腎・肝・糖尿・耳・鼻・喉・その他 (_____)

かかりつけの先生 (内科) のお名前 _____ 先生 電話 _____

診療内容に希望がありますか ある (_____) ない

ご来院に都合の良い時間 午前・午後 時頃 何時でもよい

当院を何でお知りになりましたか ホームページ (PC) 検索サイト 看板
ホームページ (スマートフォン) 紹介者 (_____) 様 その他 (_____)

当院ではキャンセルのお電話を頂いていない場合に
こちらからご連絡させて頂いております。ご理解の上、ご協力お願い致します。
ご連絡用の電話番号をご記入ください。