

予診表

平成 年 月 日

フリガナ
氏名

生年月日 : M. T. S. H. 年 月 日 (歳)

*この予診表は、医学上の事柄ですので秘密を厳守いたします。 アサオ歯科
ご記入の上受付にお出してください。

1. どうなさいましたか

<歯> ・虫歯の治療をしたい
・つめた物が取れた
・歯がしみる
・痛い (何もしなくても痛い・噛むと痛い)

<歯ぐき> ・出血する
・腫れている
・痛い
・口臭が気になる

<その他上記以外> ()

<入れ歯> ・入れ歯を治したい
・新しく作りたい

<あご> ・口が開かない
・音がする
・歯ぎしりをする
・痛い

<その他> ・定期検診
・クリーニング
・歯を白くしたい
・抜歯をしたい
・歯並びを治したい
・フッ素塗布したい

2. 最近、歯科治療を受けましたか (ない・ある→ 年前 カ月前)

3. 歯科で麻酔をしたことはありますか (ない・ある)
異常があった方は詳しくお知らせください。 ()

4. 歯を抜いて異常はありませんでしたか (ない・ある→)

5. 薬やその他のアレルギーはありますか (ない・ある→)

6. 現在、他科の医院に通院していますか (いない・いる→)

7. 現在、体調はいかがですか (よい・よくない→)

8. 今まで次の病気にかかったことはありますか

・心臓疾患 ・肝臓疾患 ・腎臓疾患 ・血液疾患 ・高血圧 ・低血圧 ・糖尿病
・てんかん症 ・リュウマチ ・がん ・その他 ()
・現在飲まれているお薬は ()

9. 現在、妊娠中もしくは可能性がありますか (ない・ある)

10. 治療についてのご希望は (悪いところを全部治したい ・ 一部だけ治したい)

11. 治療が必要となった場合 ・最も良い材料と方法を希望する ・健康保険内の治療を希望する
・その都度相談して決めたい ・保険外治療費の見積希望する

12. 通院日、時間、曜日について

・毎日通える ・週2~3回通える ・ ___ 曜日がいい ・午前・午後希望 ・毎回相談したい

13. 当院にお見えになったのは

・初めて (タウンページ・看板・ホームページ) を見て ・以前来ていた
・紹介されてきた→ご紹介者 (様)

14. 当院駐車場を (利用する ・ 利用しない)