

予診票

No. _____

平成 年 月 日 記入

氏名 _____

男性 ・ 女性

生年月日 年 月 日 (歳)

〒 _____

自宅・勤務先・携帯

住所 _____

電話 _____

E-mail _____

予診票はあなたの診療のための大切な参考資料です。
あなたの個人情報厳守いたしますので、出来るだけ正確にご記入ください。

- 1 どうなさいましたか ムシ歯の治療をしたい 歯ならびを治したい
義歯を入れたい 検診してほしい
歯の清掃をしてほしい その他 ()
- 2 当院におみえになったのは はじめて 前にきたことがある (月前 / 年前)
紹介されて来た (紹介者名)
- 3 どこが痛みますか

右上	上前	左上	<input type="checkbox"/> 歯	<input type="checkbox"/> 舌
右下	下前	左下	<input type="checkbox"/> 歯肉	<input type="checkbox"/> 唇
			<input type="checkbox"/> 頬	<input type="checkbox"/> 顎
- 4 痛みはどのくらい前から 今日 はじめて 日前から 週間前から
続いていますか 月前から 時々
- 5 昨夜は 痛くない 痛い が眠れた 眠れなかった
薬を飲んだ (薬品名)
- 6 今は 痛くない 少し痛い ひどく痛い
- 7 痛み方は ズキズキ痛い ズーッと痛い 歯を合わせると痛い
痛んだり止んだり
- 8 冷たいものは しみる しみない
- 9 熱いものは しみる しみない
- 10 今までに抜歯をしたことがありますか ない ある (いつ頃 月前 / 年前)
- 11 今までに、麻酔注射や抜歯のときに 麻酔や抜歯をしたことがない 異常はなかった 貧血や目まいを起こした
異常はありませんでしたか 熱が出た 何日か痛んだ 気分が悪くなった 抜歯後腫れた
血が止まらなかった その他 ()
- 12 現在常用している薬はありますか ない ある (薬品名)
- 13 薬を飲んで副作用が出たことは ない ある
ありますか (「ある」 場合) ※副作用の出た薬名・種類 ()
症状: 胃痛 発疹 かゆみ その他 ()
- 14 アレルギーや特異体質はありませんか ない ある
(「ある」 場合) かぶれやすい ぜんそく じんましん 鼻づまり
その他 ()
- 15 抗生物質、副腎皮質ホルモン剤の ない ある 分からない
使用経験はありますか
- 16 現在受療中、又は過去1年以内に ない ある (医院 / 病院 科)
医者にかかったことがありますか
- 17 内科的な病気はありませんか ない ある
(「ある」 場合の疾患部・症状)
心臓 腎臓 肝臓 (肝炎等) 高血圧 低血圧 糖尿
- 18 現在の健康状態は (男女共通) 良好 普通 よくない
(女性の方のみ) 生理中 妊娠中 (月 月)
- 19 治療内容・診療費等について 痛むところだけの治療を希望 悪いところはすべて治してほしい
ご希望があればご記入ください 予め概算を聞いておきたい 保険の適用範囲で治したい
なるべく保険の範囲内がよいが一部自費でも構わない
最も良い材料・方法で治したい おおむねの治療回数を聞いておきたい
- 20 当院を何でお知りになりましたか 友人・知人の紹介で 以前から知っていた 看板を見て
ホームページを見て