

# 予 診 表

No. \_\_\_\_\_

記入日 年 月 日

|               |         |          |                 |   |    |
|---------------|---------|----------|-----------------|---|----|
| (ふりがな)<br>お名前 | 生年月日    | 明大<br>昭平 | 年               | 月 | 日生 |
| 住 所           | 〒 _____ |          | 自 宅TEL ( )      |   |    |
| メールアドレス       | _____   |          | 携 帯TEL (必須) ( ) |   |    |

・前に歯の治療を受けられたのは

当 院     他 院 \_\_\_\_\_  
約 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ カ月前頃です

ご紹介者 \_\_\_\_\_

・当院をお知りになられたのは

雑誌    折込チラシ    インターネット    通りすがり    ご紹介    iTaウンページ    地下鉄看板

・治療の方法

保険の範囲内で良い

保険外でも良い

・どうしましたか

- 歯が痛い ( ) 日前から
- 冷たいもの・熱いものがしみる
- 歯ぐきがはれている
- 歯を合わせると痛い
- 歯ぐきから血がでる 歯が動く
- 歯の無いところに入れたい
- 以前に入れたものが、こわれた
- 歯をきれいにしたい (歯石など)
- 他の医院で治らないので

・痛みは

少し痛い    ひどく痛い    眠れない程  
痛みの程度に×印をして下さい  
痛くない                      5                      大変痛い  
0 | | | | | | | | | | 10

・場所はどこですか

|    |    |    |
|----|----|----|
| 左上 | 上前 | 右上 |
| 左下 | 下前 | 右下 |

・歯科治療に対する恐怖心は

こわさの程度に×印をして下さい  
こわくない                      5                      大変こわい  
0 | | | | | | | | | | 10

・ホワイトニング

したい     話を聞いてみたい

・白い歯を入れる審美歯科

したい     話を聞いてみたい

・インプラント

したい     話を聞いてみたい

・定期的歯のクリーニング (予防歯科)

したい     話を聞いてみたい

(以下、治療上大切ですので必ずお書き下さい)

- ・血が止まりにくいことが  
 ある     ない
- ・今までに大きな病気をされたことは  
 ある     ない  
( ) 年頃 病名 \_\_\_\_\_
- ・今の体の状態  
 異常がある  
心臓・肝臓・腎臓・胃腸・糖尿・高血圧  
低血圧・蓄膿・その他 \_\_\_\_\_
- 特に異常はない
- ・アレルギー  
 ある  
〔薬(ペニシリン・ビリン系)注射  
食物( )・アトピー  
ぜんそく・かぶれ易い・じんま疹〕
- ない
- ・麻酔注射について  
 異常があった     異常はなかった
- ・現在飲んでいる薬は \_\_\_\_\_
- ・妊娠中の方は \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日で \_\_\_\_\_ カ月
- ・授乳中の方は 産後 \_\_\_\_\_ 日
- ・かかりつけの医院があれば  
\_\_\_\_\_ 医院 \_\_\_\_\_ 先生
- ・入れ歯は  
 ある     ない

・その他、お話ししておきたいこと、ご希望することがありましたら、お書き下さい

この予診表は診療目的以外には一切利用致しません。