

予 診 表

当院ではあなたの健康保持と責任ある治療を行なうため症状やご要望のチェックをいたしますので、お手数ながら下記の質問にお答えください。(該当するところを○で囲んでください)

ふりがな		男	大 ・ 昭 ・ 平	自宅電話番号	
氏名		女	年 月 日生 才	()	
現住所	〒				連絡先
					血液型

当院におみえになったのは

はじめて 前に来たことがある (月前 年前)

当院を知った理由は

看板を見て 建物を見て ホームページを見て 紹介を受けて (紹介者 様)

どうなさいましたか

歯が痛い ムシ歯がある はぐきから血が出る つめたもの・被せたものが外れた 歯が動く はぐきが痛い
 義歯があわない 汚れや歯石をとってほしい 口が臭い はぐきははれた 歯並びを治したい 冷たいもの熱いものがしみる 義歯を入れたい さし歯を入れたい 検査をしてほしい その他 ()

痛み方は

ズキズキ痛い ズーっと痛い 歯を噛み合わせると痛い 痛んだり止んだり その他 ()

歯を抜いたことがありますか

ない ある (月前 年前)

その時何か異常はありませんでしたか

ない 貧血を起した 麻酔が効きにくかった 気分が悪くなった 熱が出た 何日も痛んだ
 血が止まりにくかった

注射をして異常はありませんか

ない ある

特異体質やアレルギーはありませんか

ない ある ()

内科的な病気はありませんか

心臓 肝臓 肝炎 (A型、B型、C型) 神経痛・リュウマチ 糖尿病 血液の病気 てんかん 高血圧 低血圧
 内分泌系の病気 自律神経失調症 腎臓 喘息 胃腸の病気 その他 ()

毎日飲んでいる薬はありますか

ない ある ()

使用に際して注意しなければいけない薬はありますか

ない ある ()

薬を飲んで副作用はありませんか

ない 胃が痛くなる 湿疹ができる じんましんができる その他 ()

その他特別なことは

妊娠 (ヶ月) 事故 その他 ()

この機会に

悪いところは全部治療したい 痛いところだけ治療したい 定期健診を受けたい 歯のクリーニングを希望する

治療についてのご希望は

保険の範囲内で治療してほしい 費用はかかっても最も良い方法で治療してほしい 相談して決めたい

当院からの検診はがきの発送を希望されますか はい いいえ