

診療予診表

年 月 日 No.

フリガナ

氏名 男・女 生年月日 年 月 日 (歳)

現住所 〒

TEL 携帯

勤務先 (学校名) TEL

皆様に安心してご利用頂けるよう、これらの個人情報を細心の注意を払って、外部に漏れることの無いよう厳重に取り扱っております。但し、ご提供いただいた個人情報の内容が正確かつ最新であることについては、ご本人が責任を負うものとします。

●当院では患者様の健康保守のお役に立ちたいため、下記事項にできるだけ正確にご記載下さい。お答えは○印で囲んで下さい。

当院は初めてですか？	・初めて ・以前に来た事がある (年 月頃) 初めての方は当院を何でお知りになりましたか？ ・知人のご紹介 (紹介者様 様) ・インターネット (・当院 HP ・検索サイト ()) ・通りがかり ・チラシ ・その他 ()
どうなさいましたか？	・歯が痛い ・歯石を取りたい ・虫歯を治療したい ・歯を入れたい ・定期検診 ・その他 ()
痛みのある方 どこが痛みますか？	左上 上前 右上 左下 下前 右下
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、やんだり ・ズキズキ痛い ・噛むと痛い ・重苦しく痛い ・しみる (・冷 ・温 ・甘)
歯を抜いた事は？	・ある (年 月頃) ・ない
歯を抜いた時の異常は？	・なかった ・血が止まらない ・熱が出た ・麻酔ができない ・貧血を起こした ・何日も痛みが続いた
全身の健康状態は？	・良好 ・良くない (病名) ・生理中 ・妊娠中 (ヶ月)
血圧は？	・正常 ・高い ・低い ・わからない
あなたの体質は？	・正常 ・特異体質 (・ぜんそく・湿疹・じん麻疹・その他 ()) ・使えない薬は？ (・麻酔薬・抗生物質・ピリン系薬剤・その他 ())
今までにかかれた病気は？	・心臓 ・腎臓 ・肝臓 ・すい臓 ・糖尿病 ・リウマチ ・その他 () 現在は？ ・治癒 ・中止
現在治療中の病気は？	・心臓 ・腎臓 ・肝臓 ・すい臓 ・糖尿病 ・リウマチ ・その他 ()
診療についてのご希望は？	・全て保険で治療したい ・なるべく保険で、きかない所は自費で治療 ・自費で治療したい ・悪い箇所は全て治療したい ・痛みのある箇所のための治療が良い <その他ご希望等がありましたらご記載下さい>