

予 診 表

フリガナ 氏名	_____
住所 〒	_____
電 話 (自 宅)	(_____)
(緊急時)	(_____)
携帯電話	(_____)

年 月 日

予診表は、あなたの診療のための大切な参考資料です。あなたのプライバシーは厳守いたしますので、できるだけ正確に記入して下さい。

- 1 どうなさいましたか
 - ムシ歯の治療をしたい 検査をしてほしい 入歯を入れたい
 - 予防治療をしてほしい 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 前に来たことがある (_____ ヶ月前; _____ 年前)
 - 紹介されて来た (ご紹介者名: _____)

- 3 痛みがある場合はどこですか
 - [ご自身の]

右上	上前	左上	<input type="checkbox"/> 歯 <input type="checkbox"/> 舌 <input type="checkbox"/> 歯肉
右下	下前	左下	

- 4 痛みはどのくらい前から続いていますか
 - 今日をはじめて _____日前から _____週間前から _____ヶ月前から
 - 時々

- 5 昨夜は
 - 痛くない 痛い眠れた 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、熱いものは
 - しみない しみる (冷・熱)

- 9 今までに歯を抜いたことはありますか
 - ない ある (_____ ヶ月前; _____ 年前)

- 10 今までに麻酔注射をした時、歯を抜いた時に異常はありませんでしたか
 - 異常はなかった 麻酔や歯を抜いたことがない 気分が悪くなった
 - 何日か痛んだ 貧血・めまいを起した アレルギーが出た
 - 抜歯後腫れた 血が止まらなかった 熱が出た その他

- 11 現在、常用している薬はありますか
 - ない ある (薬品名 _____)
 - お薬手帳、服用書等ありましたらお出し下さい。

- 12 薬を飲んで副作用はありませんか
 - ない ある 胃が痛くなる 発疹が出来る
 - かゆくなる その他
 - 副作用のあった薬品・種類 (_____)

- 13 アレルギーや特異体質はありませんか
 - ない ある かぶれやすい ぜんそくがある
 - じん麻疹が出る 鼻がつまる その他

- 14 抗生物質、副腎皮質ホルモン剤の使用経験はありますか
 - ない
 - ある わからない

- 15 現在受療中、または過去一年以内に医者にかかったことがありますか
 - ない
 - ある (_____ TEL: _____ 医院・病院 _____ 科)

- 16 内科的な病気はありませんか
 - ない 心臓 腎臓 肝疾患 (B型・C型・その他) HIV
 - 高血圧 低血圧 糖尿 その他 (_____)

- 17 血液検査で異常が発見されましたか?
 - ない ある (_____)

- 18 現在の健康状態は [男女とも]
 - 良好 普通 悪い
 - 女性の方のみ → 生理中 妊娠中 (_____ カ月)

- 19 治療内容・費用についてご希望がございましたらご記入下さい
 - 痛むところだけ治療希望 悪いところを治療希望
 - 自分の状態にあった最善の治療方法を提案して欲しい。
 - (使われる材料によって健康面・機能面などの差がでる事があります。)

- 20 診療費について
 - 自費の場合は予め概算を聞いておきたい

- 21 その他ご希望がございましたらご記入下さい