

予 診 表

平成 年 月 日

ふりがな  
氏 名  
住 所

生年月日  
(男・女) 明・大・昭・平 年 月 日 ( 才)

紹介者

電話 (自宅) (携帯)  
メールアドレス

次の事項にご記入下さい  
どうなさいましたか

にチェック印をつけて下さい

- 歯が痛い・しみる 歯ぐきが痛い・はれた・血がでる
- つめたものがとれた 歯をいれてほしい
- 入れ歯がこわれた 歯石をとってほしい
- 検査をしてほしい その他 ( )

当院におみえになったのは  
歯を抜いたことがありますか

- 初めて 前に来たことがある ( ヶ月前、 年位前)
- ない ある
- 最近抜いたのは? ( ヶ月前、 年前)

その時、変わったことは  
ありませんでしたか

- ない ある
- 血がなかなかとまらない 気分が悪くなった
- 熱がでた 痛みがなかなか止まらなかった
- その他 ( )

現在の健康状態は  
今までに何か大きな病気に

- 良い 悪い 妊娠中 生理中
- ない ある

かかったことはありませんか

- 心臓 肝臓 腎臓 糖尿病 膠原病 血液の病気
- その他 ( )

輸血をしたことがありますか

- ない ある どんな時でしたか ( )

血圧の異常はありませんか

- ない 高い 低い

特異体質やアレルギー  
はありませんか

- ない ある 家族の中にアレルギー体質の人がいる
- かぶれやすい 喘息 (ぜんそく) 蕁麻疹 (じんましん)

歯科の麻酔注射をして  
異常はありませんか

- ない ある 麻酔をしたことがない
- どんな異常ですか? ( )

薬を飲んで副作用  
はありませんか

- ない ある
- どんな薬ですか? ( )

医師・歯科医師に注意するように

- ない ある
- 言われたことはありませんか どんな注意ですか? ( )

現在、飲んでいる薬  
はありませんか

- ない ある
- どんな薬ですか? ( )

診療にあたって、

- 保険の範囲でなおしたい
- なるべく保険で、保険のきかないところは自費でよい
- 医師と相談してきめたい
- 最も良い資材と方法で治したい

この機会に

- 悪いところは全部治したい
- 今、痛んでいる所だけ治したい

お約束の日時に  
ご希望がありますか

- 別がない
- ある 曜日は? ( ) 時間は? (午前・午後 時頃)

かかりつけの

- ない あるどの位の間隔で通院していますか ( 週・月に1度)

お医者さんはありますか

- どこの医院・病院ですか ( 医院・病院 科)

その他、わからないことがありましたら、遠慮なくご質問ください。

高木デンタルクリニック