

予 診 表

令和 年 月 日

ふりがな 生年月日
氏 名 (男・女) 明・大・昭・平 年 月 日 (才)
住 所
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 にチェック印をつけて下さい
どうなさいましたか 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 初めて 前に来たことがある (ヶ月前、 年位前)
歯を抜いたことがありますか 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 ない ある
ありませんでしたか 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 良い 悪い 妊娠中 生理中
今までに何か大きな病気に 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 ない ある 家族の中にアレルギー体質の人がいる
はありませんか 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 ない ある 麻酔をしたことがない
異常はありませんか どんな異常ですか? ()
薬を飲んで副作用 ない ある
はありませんか 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 ない ある
はありませんか 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 別がない
ご希望がありますか 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 どのの医院・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