

予診票

基本情報

記入日 年 月 日

ふりがな _____

氏名 _____ 生年月日（西暦） 年 月 日（ ）歳

住所 〒 _____ 都道府県 _____ 市区町村 _____

TEL（自宅） _____（携帯） _____ mail _____

日中の連絡先 自宅 携帯 その他（ ） 来院しやすい時間帯はありますか？（いつでもよい 下表○）
下記時間帯の他のお約束に空きが出た場合ご連絡差し上げて
もよろしいですか？（要 不要）

当院を何で知りましたか？

家族が来ている 知人の紹介 歯科医院の看板

HP その他（ ）

【知人の紹介】と書かれた方にお伺い致します。

差し支えなければご紹介者さんのお名前を教えてください

	月	火	水	木	金	土
午前(10:00~12:30)						
午後(14:30~17:30)						
夜 (17:30~18:30)						

_____ さん

現在のお口の中の症状について 該当するものにチェックを入れて下さい（複数可）

どうなさいましたか？

具合の悪い場所はどこですか？

虫歯がある 歯が痛い 被せ、詰めものがとれた

歯ぐき出血、腫れ 歯並びに関する困りごと

入れ歯に関する困りごと 審美的な困りごと

検診希望

その他 _____

右上奥 | 上前歯 | 左上奥

右下奥 | 下前歯 | 左下奥

歯 歯ぐき 舌 頬の粘膜 入れ歯 その他

表 裏

過去の歯科医院での治療について

歯の麻酔注射をした事がありますか？ ある ない

【ある】と答えた方にお伺い致します。 以下の様な症状はありましたか？

貧血を起こした 少し気分が悪くなった 動悸がした 吐き気 発汗 過呼吸を起こした

歯を抜いたことはありますか？ ある ない

【ある】とお答えした方にお伺い致します。一番最近抜いたのはいつですか？ _____年 _____ヶ月前

右記の症状はありましたか？ 何日も痛んだ 血が止まらなかった 腫れた 熱が出た あざができた

お身体について

以下の病気で現在治療中、若しくは過去に診断、処方、治療を受けたことがありますか？

高血圧 虚血性心疾患 不整脈 心不全 脳血管障害 喘息 慢性気管支炎 糖尿病 甲状腺

副腎皮質機能不全（ステロイド服用中） てんかん 透析をとる腎臓病 抗がん剤服用中

放射線療法 人工呼吸器をつけている、在宅酸素療法を行っている。 骨粗鬆症薬服用中

アナフィラキシーショックを起こした事がある

その他の病気 _____

現在服用中の薬 _____

お医者さんから止められている薬や、過去に合わなかった薬はありますか？

お薬の名前 _____

飲んだ際の症状 _____

女性の方へ 現在妊娠中ですか？ はい（第 _____週） いいえ 授乳中ですか？ はい いいえ