

問 診 票

この予診表は患者さんによりよい治療を受けていただくための参考にさせていただくものです。
患者さんのプライバシーは厳守致しますので、正確に記入して下さい。

ふりがな			紹介者
お名前	(姓)	(名)	
生年月日	昭・平・令	年 月 日	(年齢 歳)
ご住所	〒 _____		TEL - -
勤務先名			TEL - -
E-Mail	@	携帯電話	- -

1. 本日来院された理由（気になることをいくつでも選んでください）

- 歯が痛い 歯ぐきが痛い あごが痛い
 歯がぐらぐらする 治療が必要だと思う歯がある 歯ぐきから血がでる
 歯石を取りたい 入れ歯が合わない・痛い 入れ歯を作りたい
 口臭が気になる 口の中を検査したい
 歯並びが気になる 口の中にできものができた

その他（ _____ ）

2. いままでの歯の治療についてお伺い致します。あてはまるものを選んでください。

- 今までに 麻酔注射をした事がない
 今までに 歯を抜いた事がない
 歯の治療をしたり、歯を抜いたりした時に、気分が悪くなった事がある
 歯を抜いた時に血が止まりにくかった事がある

その他（ _____ ）

3. 病気についてお伺い致します。現在、何かの病気で治療を受けていますか

病 名（ _____ ）
 医院名（ _____ ）

4. 以前に以下の病気にかかったことがありますか。

下記以外にも大きな病気をしたことがありますか。

- 糖尿病 心臓病 腎臓病 肝臓病 血液疾患
 高血圧症 リウマチ ぜんそく アレルギー疾患 骨粗しょう症

その他（ _____ ）

5. 以下で、あてはまる事はありますか

- 薬や食べ物、その他でアレルギーがある（具体的に： _____ ）
 現在妊娠している、もしくは、しているかもしれない
 たばこを吸っている 1日 本
 心臓のペースメーカーを使用している

6. 治療に関してのご希望

- 痛い歯のみの治療だけでよい
 悪いところは全部調べて総合的に治療したい