

# 予 診 表

この予診表は患者様の情報を正確に把握し、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きます。患者様からご提供頂いた個人情報には患者様ご本人に対する医療サービス、医療保険事務などの目的に特定して利用させていただきますので、正確に御記入下さい。

フリガナ 血液型 明 大  
お名前 生年月日 昭 平 年 月 日 歳 男 女

ご住所 〒

ご自宅TEL 携帯電話

勤務先 職業 お勤め先TEL

今回はどうなされたのですか？ (なるべく詳しく)	右上・前上・左上 虫歯を治したい・歯を入りたい・ 右下・前下・左下 はれた・出血する・詰め物が取れた 定期健診・予防又はメンテナンス その他( )
痛みはありますか？	ない・ある
その痛みはどの位前から続いていますか？	日前
痛みの種類は、どのようなものですか？	ずきずき痛む・噛むと痛む・少し痛む・しみる その他( )
今までに歯を抜いたことはありますか？	ない・ある
今までに麻酔中・抜歯中または歯科治療中に異常がありましたか？	ない・ある (具体的な症状： )
現在常用している薬はありますか？ <i>*お薬手帳をお持ちの方は、一緒にお出し下さい</i>	ない・ある (薬品名： )
過去に薬を飲んで副作用または、アレルギーが出たことがありますか？	ない・ある (具体的な症状： )
アレルギー体質や特異体質はありますか？	いいえ・はい (アレルギーの種類： )
全身的な疾患を現在または過去に経験していますか？	高血圧・糖尿病・肝炎 型・心臓病・腎臓病・胃潰瘍 喘息・リュウマチ・血液疾患・骨粗鬆症・その他
今まで手術を受けたことはありますか？	ない・ある (手術名： )
現在妊娠していますか？もしくは、その可能性はありますか？ (女性のみ)	ない・ある ( カ月)
今回どのような治療をご希望なされますか？	悪い所は全部治したい・その他( ) 他院にて治療中につき、今回のみ応急処置をしてほしい
※通院の場合 通院可能な曜日	月・火・水・木・金・土・日 特になし
※通院の場合 通院可能な時間帯	午前・午後・17時以降・わからない
当院にご来院されたのは	以前に来た・インターネット・広告・ご紹介 (ご紹介者名： )
医師の希望	ご紹介者様と同じ医師希望 ・女医希望 特に希望なし
どのような治療方法を希望しますか？	保険治療・場合によって自費治療・自費治療