

# 予 診 票

年 月 日記入

ふりがな		明・大・昭・平	
お名前		男・女	年 月 日生( 才)
〒		自 宅 ( )	
ご住所		TEL 勤務先・携帯 ( )	
勤務先・実家		どちらでこうだ歯科医院をお知りになりましたか？	

★この表は歯科治療をスムーズに行うための大切な資料となります。

できるだけ正確にお答えください。(該当するものにチェックを入れてください)

<b>■どうなさいましたか？</b>			
<input type="checkbox"/> むし歯がある <input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> 歯ぐきが痛い <input type="checkbox"/> 腫れた <input type="checkbox"/> 歯の掃除をしたい <input type="checkbox"/> 検診をしたい <input type="checkbox"/> つめもの・かぶせものがとれた <input type="checkbox"/> 入れ歯の具合が悪い <input type="checkbox"/> その他( )			
<b>■それはどこですか？</b>			
右 上	前 上	左 上	□その他( )
右 下	前 下	左 下	
<b>■いつごろからですか？</b>			
□( )日前   □( )週間前   □( )ヶ月前   □( )月( )日ごろから			
<b>■どのように痛みますか？(痛みのある方へ)</b>			
<input type="checkbox"/> ズキズキする <input type="checkbox"/> ズーンとする <input type="checkbox"/> かむと痛い <input type="checkbox"/> ときどき痛い <input type="checkbox"/> 冷たいものがしみる <input type="checkbox"/> 熱いものがしみる <input type="checkbox"/> ヒリヒリする <input type="checkbox"/> その他( )			
<b>■歯の治療で麻酔をしたことがありますか？</b>			
□ない   □ある( 日前)・( ヶ月前)・( 年前)			
<b>■そのとき何か異常はありましたか？(麻酔をしたことがある方へ)</b>			
□ない   □ある(症状 )			
<b>■歯を抜いたことがありますか？</b>			
□ない   □ある			
<b>■そのとき何か異常はありましたか？(歯を抜いたことがある方へ)</b>			
□ない   □血が止まらなかった   □何日も痛んだ   □腫れた   □その他( )			
<b>■薬を飲んで異常をきたしたことがありますか？</b>			
□ない   □発疹ができる   □かゆくなる   □気持ちが悪くなる   □下痢をする   □その他( )			
<b>■現在使用している薬はありますか？</b>			
□ない   □ある(薬剤名 病院名 )			
<b>■現在および過去にかかった病気はありますか？</b>			
<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿 <input type="checkbox"/> 脳血管 <input type="checkbox"/> 心臓 <input type="checkbox"/> 肝臓 <input type="checkbox"/> 腎臓 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> アレルギー <input type="checkbox"/> その他( )			
<b>■現在、妊娠していますか？(女性の方へ)</b>			
□ない   □している   □わからない (治療期間中に妊娠された方はお知らせください)			
<b>■当院での治療について</b>			
<input type="checkbox"/> 悪いところは全部治したい <input type="checkbox"/> 保険の範囲で治したい <input type="checkbox"/> もっとも良い材料と方法で治療したい <input type="checkbox"/> 痛いところだけ治したい <input type="checkbox"/> 説明を聞いて決めたい <input type="checkbox"/> 相談したい <input type="checkbox"/> その他( )			