

予 診 表

ふりがな _____ 大正 _____ 平成 _____ 年 月 日
 氏名 _____ 年 月 日 (歳) 職業 _____

□ □ □ □ □ □ □ □

住所 _____ 電話 _____

勤務先 _____ 電話 _____

当医院をお知りになられたのは A. 知人の紹介 (_____ 様) B. 広告 (駅 ・ 電話帳)

お答えは○で囲んでください！

どうなさいましたか	<ul style="list-style-type: none"> ・虫歯の治療 ・義歯を入れたい ・歯石をとりたい ・検査をしたい ・矯正治療をしたい ・その他 (_____) 		
麻酔や抜歯の後、気分が悪くなったことがありますか	ない	ある	
歯を抜いた後、異常はありませんでしたか	ない	ある	<ul style="list-style-type: none"> ・血が止まらなかった ・腫れた ・何日も痛みが続いた
動悸、息切れがしますか	ない	ある	<ul style="list-style-type: none"> ・なにもしなくても ・階段の登り降り
薬を飲んで副作用はありませんでしたか	ない	ある	<ul style="list-style-type: none"> ・薬品名 (_____) ・胃が痛くなった ・発疹ができた
血圧は正常ですか	はい	いいえ	<ul style="list-style-type: none"> ・血圧値 上 (_____) 下 (_____)
輸血の経験がありますか	ない	ある	
現在のからだの具合は良好ですか	はい	いいえ	<ul style="list-style-type: none"> ・熱がある (_____ 度) ・妊娠 (_____ ケ月) ・妊娠の可能性 ・他の病気で通院中 (病名: _____)
次の病気にかかったことがありますか	肝臓病 心臓病 腎臓病 糖尿病 その他 (_____)		
あなたのかかり付けの病院	病院名 _____	病院 _____	担当医 _____ 先生
次の症状があれば○印で囲んでください (噛み合わせチェックの参考にします)	アゴが痛い	アゴが鳴る	口が開けにくい
	歯ぎしり	耳鳴り	めまい
	頭痛	首・肩凝り	
治療についての御希望は	<ul style="list-style-type: none"> ・保険の範囲で治療したい ・なるべく保険で、保険以外のことは説明を聞き相談の上決めたい ・保険に限らず最良の方法で治療したい 		
この機会に	<ul style="list-style-type: none"> ・悪いところは全て治したい ・今痛んでいるところだけ治したい 		

ご協力ありがとうございました。なお治療に関するご希望やご質問は、お気軽にご相談下さい。