

# 予診表

フリガナ \_\_\_\_\_

記入日 年 月 日

氏名 \_\_\_\_\_ 男 ・ 女 生年月日 S ・ H \_\_\_\_\_ 年 月 日

自宅住所 〒 \_\_\_\_\_

電話 ( \_\_\_\_\_ ) 携帯電話 \_\_\_\_\_

勤務先 \_\_\_\_\_ 勤務先住所 〒 \_\_\_\_\_ 電話 ( \_\_\_\_\_ )

※できるだけ詳しくご記入ください。該当箇所は「○印」をご記入お願いします

★当クリニックを何でお知りになりましたか

- 1.看板・院前を見て 2.本・雑誌 3.ご紹介で(家族・知人:ご紹介者) 4.インターネット  
5.電話帳 6.家族が通院している 7.会社が近い 8.近所だから 9.その他 ( )

●どうなさいましたか

- 1.痛いところがある ①歯 ②歯ぐき ③あご ④その他 ( )  
2.痛くないが悪いところがある ①歯 ②歯ぐき ③あご ④その他 ( )  
3.痛いところがないが検査してほしい  
4.その他 ①歯石を取ってほしい ②咬み合わせを見てほしい ③歯並びを矯正したい  
④歯、口元をきれいになりたい ⑤あごの関節をみてほしい ⑥その他 ( )

●どこが最も気になりますか

- 右上 前上 左上 上・下・全体  
右下 前下 左下 <心臓と同じ側を左として>

●この機会になおしたいところ

- 1.全部 2.痛むところだけ

●現在、体のどこか悪いところがありますか

- 1.ない 2.ある 脳疾患 心臓 肺 血液 高血圧( / ) 低血圧( / ) 肝臓  
腎臓 糖尿 胃・腸 甲状腺疾患 アレルギー その他 ( )

●現在の健康状態について

- 1.良好 2.不良 3.妊娠( )ヶ月

●現在、お薬をのんでいますか (漢方薬、健康食品もふくみます)

- 1.いない 2.いる 薬の名前、種類など \_\_\_\_\_

●お薬をのんだ時、異常・副作用はありましたか

- 1.ない 2.ある 薬の名前、種類など \_\_\_\_\_

●今までに麻酔や歯の治療を受けた時、何か変わったことはありましたか

- 1.ない 1.ある 貧血をおこした ショックをおこした 血が止まりにくかった その他 ( )

●通院しやすい曜日や時間があればお書きください

- ( )曜日 ( )時頃 その他 ( )

●成人の患者様へ たばこは吸われますか

- 1.いいえ [①吸ったことがない ②禁煙した( )年前]  
2.はい [①1日( )本位 ②喫煙したことがある]

●ご自分が神経質、心配性だと思いますか

- 1.はい 2.いいえ 3.わからない

●他の医院でされて嫌だったことはありますか ( )

★特に先生に連絡したい事があればお書きください