

当院での診療の参考にさせていただきますので、下記の質問にできるだけ正確にお答えください。  
個人のプライバシーは厳守いたします。

## 予診表

年 月 日

フリガナ  
ご氏名 ( 才 ) 明・大・昭・平 年 月 日生

ご住所 〒 / ☎(ご自宅)

ご職業 / ☎(携帯)

ご紹介者 様 / m-address :

何を見て来院されましたか？（ホームページ、DM、ポスター等）

本日はどうなさいましたか (お困りの問題点は)	<input type="checkbox"/> 歯が痛む <input type="checkbox"/> むし歯がある <input type="checkbox"/> 歯ぐきが腫れた <input type="checkbox"/> つめもの・かぶせもの取れた <input type="checkbox"/> 歯並びが気になる <input type="checkbox"/> 入れ歯の調子が悪い <input type="checkbox"/> 汚れや歯石を取りたい <input type="checkbox"/> 歯を白くしたい <input type="checkbox"/> 親知らずを抜きたい <input type="checkbox"/> 顎が痛む <input type="checkbox"/> その他 ( )
症状が出はじめたのは何日前からですか	( ) 日前くらい
現在のお体の状態は	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 不良 (具体的に )
内科的な病気をしたことは (現在・過去問わず)	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある 心臓、肝臓 (A・B・C・不明)、腎臓、高血圧、低血圧、 糖尿、血液、膠原病 その他 ( )
輸血されたことは	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (理由 )
現在医師にかかっていますか	<input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる (医師・病院名 )
現在服用している薬はありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (薬名 )
歯を抜いたことがありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 年前 <input type="checkbox"/> 月前
その時にトラブルはありましたか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ( )
特異体質やアレルギーは	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (花粉、アトピー、ぜんそく、その他)
薬をのんで副作用は	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (胃痛、発しん、かゆみ、その他)
歯科治療で麻酔をしたことがありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある
その時にトラブルはありましたか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ( )
女性の方へ 妊娠していますか	<input type="checkbox"/> してる ( ヶ月) <input type="checkbox"/> してない
授乳中ですか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
最後に歯科を受診したのはいつ頃ですか	( ヶ月前)
通院されるのに都合の良い時間帯を教えてください	曜日 ( ) 時間 ( )
治療についてご希望がありましたらお書き下さい	( )