

No.

予診表

年 月 日

当院ではあなたの健康保持と責任ある治療を行うため、病状の確認をお願いしたく、お手数ながら下記の質問にお答えください。(該当するところの□にチェックをいれてください。)

フリガナ _____ メールアドレス _____
氏名 _____ 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 歳 男・女
住所 〒 _____

電話(自宅) _____
(勤務先) _____

職業 _____ 血液型 _____

1. 当院におみえになったのは? □はじめて
・紹介を受けて 紹介者 _____ 担当 _____ 先生
・インターネットによる検索 ・電話帳で調べた
・その他 (_____)
以前に来たことがある _____ 年 _____ ヶ月前
その時の担当 _____ 先生

2. どうなされましたか? 歯が痛い ・いつから _____ ・何もしなくても痛い
・部位 _____ ・咬むと痛い
・熱いものがしみる
・冷たいものがしみる
歯肉が気になる ・腫れている ・浮いている ・出血する
義歯を治したい 詰め物がとれた インプラントをうちたい
歯を白くしたい、クリーニングしてほしい 歯石をとってほしい
□歯並びを治したい→矯正予診表の記入をお願いします。
□顎の調子がおかしい、かみ合わせがおかしい→顎関節予診表の記入をお願いします。
その他 (_____)

3. 歯を抜いたことがありますか? □ない→5へ
ある _____ 年前 4へ

4. その時に異常はありませんでしたか? □ない
□ある ・何日も痛んだ ・出血が止まらなかった
・貧血を起こした

5. 今までに薬を飲んで副作用はありませんでしたか? □ない
ある ・胃が痛くなる ・しっしんができる
・気分が悪くなる ・その他
その時に飲んだ薬は (_____)
6につづきます

6. 今、薬を飲んでいますか？ いない
 いる (薬の名前)
7. 今までに歯科で麻酔の注射をして異常は ない
ありましたが？ ある ()
8. 特異体質やアレルギーはありますか？ ない
 ある ()
ご家族のなかにいる ()
9. 内科的、耳鼻科的な病気は ありませんか？
 心臓 () 血液の病気 ()
 高血圧 (mmhg : mmhg)
 低血圧 (mmhg : mmhg)
(過去の既往についても 糖尿病 (mg/dl) 内分泌系の病気 腎臓
チェックして下さい。) 肝臓 ・ A型肝炎 ・ B型肝炎 ・ C型肝炎
 家族のなかに肝炎の者がいる
 神経痛、リウマチ その他 ()
 ない
 輸血を必要とするような手術を受けたことがある
10. その他特別なことはありますか？ 妊娠 (ヶ月) 事故 ()
その他 ()

11. 当院では口の内全体を診断して治療を行うだけでなく、その後も健康を保つために、定期的な検診および、専任衛生士による衛生管理、予防処置をすすめております。

- そのような方針で治療をうけたい
- 今、気になるところだけを治療してほしい
- 話を聞いて相談して決めたい

** この予診表に書いていただいたことは診療の目的以外に使用されることはありません。
個人の情報に関しては、大切に保管させていただきます。 **

生成会 池袋歯科診療所

池袋歯科診療所 03-3971-0758
〒170-0013 豊島区東池袋1-7-5 池袋イースタンビル4F
診療時間 / 午前9時30分～午後6時
(昼休み 午後1時～2時)
休診日 / 日曜、祝祭日
最寄り駅 / JR 池袋駅

