

# 予診表

適切かつ安全な歯科治療のために御協力下さい。

ふりがな

お名前

明・大・昭・平 年 月 日生 ( 才 )

ご住所 〒

電話

ご職業 勤務先

電話

ご紹介者があればお書き下さい。

様 ご関係

本日はいかがなさいましたか？ (できるだけ具体的にお願いします) (例えば、歯が痛い・歯ぐきが腫れた・検診・歯を入れたいなど)	記入欄・備考
痛み方はいかがですか？ (痛みなしは「0」、耐えられる最大を「10」として)	10段階で ぐらい 具体的には
歯科における麻酔経験 (ある・なし、その時の異常の有無)	ない ある ( )
過去にかかった、今かかっている病気について (心臓・肝臓・糖尿病・喘息・高血圧・脳神経系・肝炎など)	
通院できる曜日、時間等、希望があれば ご記入下さい	月 火 水 木 金 土 午前 時 午後 時
今、通院中の医院・かかりつけ医について	医院名 診療科 医師名
今、服用中の薬はありますか？	ない ある ( )
薬・食べ物のアレルギーはありますか？	ない ある ( )
今、妊娠されていますか？(女性の方)	していない している ( 月)
日常生活・口腔状態について 「たばこ」はお吸いになりますか？	吸う ( 本/日) 何年間 ( 年) ・吸わない
一日に何回、歯を磨かれますか？	回/日
お子様の場合は誰が主に磨きますか？	本人 父 母
生活は不規則ですか？	規則正しい 不規則
よく噛めますか？	噛める 噛めない
口臭は気になりますか？	気になる 気にならない
歯並びは気になりますか？	気になる 気にならない
これから受ける歯科治療で是非医師に伝えておきたいこと ご要望・ご意見があればどうぞ	