

# 予 診 表

年 月 日

(ふりがな) お名前	男 女	明 大 昭 平	年	月	日生 ( 才 )
ご住所	TEL (自 宅) ( ) ( ) (勤務先) ( ) ( )				
勤務先	ご紹介者				

★あなたの体質を知る事は、より良い診療をするために必要です。この表は歯科治療をスムーズに行うための大切な参考資料となります。できるだけ正確にお答え下さい。(該当するものにチェックを入れて下さい。)

## どうなさいましたか

- むし歯がある    歯が痛い    歯ぐきが痛い    歯の清掃をしてほしい    検診をしてほしい  
つめもの・かぶせものがとれた    入れ歯の具合が悪い    その他 ( )

## それはどこですか

- |     |     |     |                             |                                  |
|-----|-----|-----|-----------------------------|----------------------------------|
| 右 上 | 前 上 | 左 上 | <input type="checkbox"/> 全部 | <input type="checkbox"/> その他 ( ) |
| 右 下 | 前 下 | 左 下 |                             |                                  |

## いつごろからですか (痛みのある方へ)

- ( ) 日前     ( ) カ月前     その他 ( )

## どのように痛みますか (痛みのある方へ)

- ズキズキ痛い    かむと痛い    ときどき痛い    冷たいものがしみる    熱いものがしみる  
その他 ( )

## 歯を抜いたことがありますか

- ない    ある     ( ) 年前     ( ) カ月前

## その時なにか異常はありましたか (歯を抜いたことがある方へ)

- ない    血がとまらなかった    何日も痛んだ    熱が出た    その他 ( )

## 歯の治療で麻酔をしたことがありますか

- ない    ある

## その時なにか異常はありましたか (麻酔をしたことがある方へ)

- ない    ある (症状 )

## 薬をのんで副作用を起こしたことがありますか

- ない    胃が痛くなる    発しんができる    かゆくなる    その他 ( )

## 現在のんでいる薬はありますか

- ない    ある (薬品名 )

## 現在及び過去にかかった病気はありますか (ありましたか)

- ない    心臓    肝臓    腎臓    胃腸    貧血症    高血圧    低血圧    結尿  
血液疾患    アレルギー    その他 ( )

## 現在、妊娠していますか (女性の方へ)

- いいえ    している ( カ月)    わからない (治療期間中に妊娠された方はお知らせ下さい)

## 治療について

- 悪い所は全部治したい    保険の範囲内で治療したい    最も良い資材と方法で治療してほしい  
痛い所だけ治したい    なるべく保険で、それ以外は説明してほしい    相談の上で決めたい  
その他 ( )