

No.

# 予 診 表

年 月 日

フリガナ

氏 名 \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ 歳) 生年月日 \_\_\_\_\_ 大 昭 平 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

住所 〒 \_\_\_\_\_ 自宅 TEL \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

勤務先または学校名 \_\_\_\_\_ TEL または携帯電話 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

住所 〒 \_\_\_\_\_

あなたの健康状態を知り治療上の参考にさせていただきます。

該当するものに○をつけて下さい。

- 1 今日はどうなさいましたか  
歯が痛い 歯がしみる 歯が欠けた 歯ぐきが腫れた 歯ぐきが痛い 歯ぐきがしみる  
詰め物がとれた 入れ歯が痛い 入れ歯が合わない 歯石・汚れを取って欲しい 歯並びを治したい  
痛みは無いが検診して欲しい その他 \_\_\_\_\_
  - 2 次の病気にかかったことはありますか  
心臓病・脳卒中・高血圧・低血圧・血液疾患・貧血・肝臓病・糖尿病・胃潰瘍・結核・喘息  
甲状腺機能障害・アレルギー・アトピー・てんかん・リュウマチ熱・自律神経失調症・関節炎  
腎臓病・蓄膿症・性病・その他 \_\_\_\_\_
  - 3 現在までに輸血経験がありますか ( はい いいえ )
  - 4 今までに麻酔注射をしたり歯を抜いた時、異常はありませんでしたか  
麻酔・抜歯をしたことがない 異常は無かった 血が止まらなかった その他 \_\_\_\_\_
  - 5 現在医師の治療又は検査を受けていますか ( はい いいえ )
  - 6 次のいずれかを内服されていますか  
心臓薬・抗生物質・サルファ剤・血液抗凝固剤・降圧剤・副腎皮質ホルモン (コーチゾン)  
トランキライザー・抗ヒスタミン剤・インシュリン・その他 \_\_\_\_\_
  - 7 薬による副作用はありますか ( はい いいえ )
  - 8 アレルギー、特異体質はありますか ( はい いいえ )
  - 9 該当者 (女性) のみお答え下さい  
現在妊娠していますか ( はい いいえ )  
出産輸血しましたか ( はい いいえ )
  - 10 診療内容、費用についてご希望がありましたらご記入下さい  
悪いところはすべて治したい 痛むところのみ治療希望 保険のきく範囲で治したい  
なるべく保険で一部自費でも可 最も良い材料と方法で治したい その他 \_\_\_\_\_
  - 11 その他担当医が知っていたほうが良いと思われることがありましたらご記入下さい
- 
- 12 当医院をお知りになったのは  
看板 ホームページ 広告 紹介 (紹介者名 \_\_\_\_\_ 様) その他 \_\_\_\_\_

予診表はあなたの診療のための大事な参考資料です。

あなたのプライバシーは厳守いたしますので、出来るだけ正確にご記入下さい。