

No.

予 診 表

年 月 日

フリガナ

氏 名 _____ (_____ 歳) 生年月日 _____ 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

住所 〒 _____ 自宅 TEL _____ - _____ - _____

代筆者 _____ 緊急連絡先 (携帯電話等) _____ - _____ - _____

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 今日はどうされましたか

歯が痛い	歯がしみる	歯がかけた	歯ぐきがはれた
歯ぐきが痛い	歯ならびを治したい	詰め物がとれた	歯石・汚れを取って欲しい
痛みは無いが検診して欲しい	その他 _____		

2 今までに次の病気にかかったことはありますか。あればそのときの年齢を記入して下さい。

喘 息 ()	貧 血 ()	結 核 ()	腎臓疾患 ()
耳鼻疾患 ()	てんかん ()	心臓疾患 ()	血液疾患 ()
黄 痘 ()	自家中毒 ()	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 ・じんま疹、湿疹、ストロフルスがしやすいですか (はい いいえ)

・薬によってかぶれたり発疹が出来たことがありますか (はい いいえ)

(あれば) 薬品名 _____

・ケガをして血が止まりにくかったことがありますか (はい いいえ)

・最近予防接種を受けましたか (はい いいえ)

5 現在病気にかかっていますか (はい いいえ)

(あれば) どんな病気ですか 病名 _____

6 保健所で一歳半又は三歳児の歯科検診を受けましたか (はい いいえ)

その時歯科指導を受けましたか (歯ブラシ指導等) (はい いいえ)

7 今までに歯科治療を受けたことはありますか (はい いいえ)

8 麻酔を用いたことはありますか (はい いいえ)

9 お子様が治療をいやがって泣いたり暴れたりしても治療を続けて欲しいと思いませんか (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。