

予 診 表

平成 年 月 日

氏名 _____ 男・女 住所 _____
生年月日 大・昭・平 年 月 日 電話(自) _____ (勤) _____

(お答えは○で囲んでください)

● どうなさいましたか？

歯が痛い・虫歯の治療をしたい・詰め物がとれた・歯が欠けた・歯肉からの出血・歯肉の腫れ・歯が動く
歯を入りたい・義歯が壊れた・義歯の調子が悪い・歯並びを治したい・見た目を美しくしたい
歯を白くしたい・歯の清掃・歯の検査・その他(自由にご記入下さい: _____)

● その症状はいつからですか？ (日から・ 日前から・ずっと前から)

● 今は痛みますか？ (痛くない・少し痛い・歯がしみる・かむと痛い・とても痛い)

● 歯科で麻酔注射をしたことがありますか？ (ない・ある・わからない)

● 麻酔した時、なにか異常がありましたか？ (ない・貧血・けいれん・じんましん・しびれ・その他)

● 今までに歯を抜いたことはありますか？ (ない・ある・わからない)

● 歯を抜いた時、なにか異常はありましたか？

何ともなかった・気分が悪くなった・貧血になった・血が止まらなかった・腫れた
何日も痛んだ・熱が出た・その他(_____)

● 薬のアレルギーはありますか？ (ない・発疹・胃腸障害・倦怠感・その他 _____)

● 現在、薬を飲んでいますか？ (飲んでいない・飲んでいる)

● お体の健康状態は？ (良い・あまり良くない・悪い)

● 現在、体調は良いですか？ (良い・悪い・どちらでもない)

● 現在、他科の医院に通院していますか？ (いいえ・はい [_____ 医院、 _____ 先生])

● 内科的な病気はありますか？

ない・心臓疾患・肝臓疾患・呼吸器系疾患・消化器系疾患・血液疾患・脳血管障害・高血圧
貧血・糖尿病・腎臓病・その他(_____)

● 女性の方へ

妊娠中ですか？ いいえ・はい (月) / 妊娠の可能性はありますか？ (いいえ・はい)

● 治療についてのご希望は

悪いところを全て治したい・痛むところだけ治したい・今日だけの応急処置

● 治療内容に関する質問

保険の範囲で治したい・費用がかかっても良い方法で治したい・相談して決めたい

● 当院では治療の説明および治療の経過をみるために、治療中お口の写真を(お顔は写りません)撮ることがあります。その時写真を撮らせていただいてもよろしいでしょうか？ (撮影してもよい・撮影しないでほしい)

ご協力ありがとうございました

大沢歯科医院