

# 予 診 表

この予診表は、当院での歯科治療を安心して受けていただく為に大切な参考資料となります。  
あなたのプライバシーは厳守いたしますので、できるだけ正確にご記入いただくようお願いいたします。

令和 年 月 日

フリガナ 氏 名	電話 ( ) -
住 所 〒 -	
連絡先 (当院から連絡する時の手近な連絡先、携帯電話等) TEL ( ) -	紹介者 様

お答えは、○で囲んでください。

1. どうなさいましたか。 虫歯の治療 義歯 歯の清掃 検査 その他 _____
2. 今までにかかった病気、または現在治療中の病気はありますか。 心臓病 肝臓病 腎臓病 脳血管の病気 ぜんそく 高血圧 糖尿病 その他 _____ 現在通院中の病院があればご記入下さい。( _____ 病院)
3. 特異体質やアレルギーはありませんか。 ない わからない ある(かぶれやすい じん麻疹ができる かゆくなる) 使えない薬は (麻酔薬 抗生物質 ピリン系薬剤 その他 _____)
4. 歯の治療で麻酔の注射をしたことがありますか。 ある ない
5. 歯を抜いたことがありますか。 ある ( 年 月頃) ない 歯を抜いたとき異常は なかった 血が止まりにくい 熱が出た 貧血を起こした その他 _____
6. ケガをした時、血は止まりにくいですか。 いいえ はい
7. 喫煙について 吸っていない 吸っている (1日 本)
8. 女性の方へ 現在妊娠していますか。 はい ( ヶ月) いいえ
9. 治療に対する希望 今痛い所だけ治したい 悪いところは全部治したい
10. 治療費に対する希望 健康保険の範囲で治療したい 健康保険外でも良い方法があれば相談したい

その他お解りにならないことはご遠慮なくお尋ね下さい。

ご協力ありがとうございました。 栃木県歯科医師会発行