

No.

# 予 診 票

年 月 日

ふりがな  
氏 名

男・女

生年月日

年

月

日

才

住 所

TEL

FAX

職 業

勤務先

TEL

FAX

この表は、歯科治療をスムーズに行なうための大切な参考資料になります。次の質問にできるだけ正確にお答えください。

◎当院をどこでお知りになりましたか。  知人の紹介(紹介者)  看板を見て  
 タウンページを見て  ホームページを見て  その他( )

◎ 下記の病気をしたことがありますか。

- 心臓の病気
- 高血圧症・低血圧
- 糖尿病
- 結核
- 血液疾患(白血病・血友病 etc.)
- 肝炎・黄だん・肝臓病
- 腎臓の病気、人工透析
- 神経痛・リウマチ
- 喘息・アトピー
- 骨粗鬆症
- 癌
- その他 \_\_\_\_\_

◎ 薬や金属でアレルギー(じん麻疹が出たり、  
気持ちが悪くなった)を起したことがありますか。

- ある 薬…ペニシリン・麻酔薬・ヨード(チンキ)・アスピリン  
ピリン系鎮痛剤・その他 \_\_\_\_\_
- 金属…マーキュロ・水銀・ニッケル・クロム  
その他 \_\_\_\_\_
- ない

◎ 少しの傷でも血が止まりにくかったことが  
ありますか。

- ある
- ない

◎ 今までに歯を抜いたことがありますか。

- ある
- ない

◎ 今までに歯を抜いた時、気分が悪くなった  
ことがありますか。

- ある
- ない

◎ 血圧の状態はいかがですか。

- 健康である。
- 高 \_\_\_\_\_ 低 \_\_\_\_\_ mm/Hg

◎ 医師・歯科医師から使用にあたって  
注意するようにいわれた薬がありますか。

- ある 薬品名 \_\_\_\_\_
- ない

◎ 下記の薬品を使ったことがありますか。

- 抗生物質(ペニシリン・クロマイ・セファレキシン)
- ビスフォスフォネート製剤
- 副腎皮質ステロイド剤(デカドロン・コルチゾン・プレドニ)
- 抗血液凝固剤(ワーファリン・ヘパリン)
- ジキタリス・ニトログリセリン
- インシュリン

◎ 現在飲んでいる薬がありますか。

- ある 薬品名 \_\_\_\_\_
- ない

◎ 現在(最近)内科医及び外科医に  
かかっていますか。

- 健康です
- かかっています イ. 病名 \_\_\_\_\_  
□. 悪い所 \_\_\_\_\_

◎ 現在、妊娠していますか。

- している \_\_\_\_\_ カ月
- していない
- 可能性がある

◎ 歯並びが悪いと思ったことがありますか。

- ある
  - ① 一度相談してみたい
  - ② 具体的な治療法を聞きたい
  - ③ 治療は考えていない
- ない



## 小川歯科