

# 予診票

初診日 年 月 日

\*診療に万全を期するため、以下の質問にお答えください\*

フリガナ お名前	性別 男・女	生年月日(満 歳) 年 月 日
ご住所	電話番号	
	自宅 携帯	
ご職業	メールアドレス @	
当院をお知りになったきっかけ	<input type="checkbox"/> ご家族、知人からの紹介(ご紹介者名 ) <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> 看板広告 <input type="checkbox"/> 近いから <input type="checkbox"/> 建物を見て <input type="checkbox"/> 以前通院していた( 年 月頃) <input type="checkbox"/> その他( )	

## 1. どうされましたか

- 歯が痛い( 日前から) はれた( 日前から) 入れ歯が合わない  
入れ歯を入れたい 歯ぐきから血が出る 歯が動く 口臭がある  
口の中にできものができた 詰め物、被せ物がとれた 歯石をとりたい  
健診をしてほしい むし歯がある その他( )

## 2. 健康状態はどうですか

- 良好 普通 不良 \*女性の方のみ妊娠中( か月) 妊娠希望

## 3. 今までかかった病気はありますか

- 特になし 糖尿病 高血圧 貧血 心臓病 腎臓病 肝臓病  
肝炎 結核 アレルギー( ) 甲状腺疾患  
骨粗鬆症 ぜんそく その他( )

## 4. 現在飲んでいる、又は定期的に投与されているお薬はありますか

- 特になし ビタミン剤 ホルモン剤 ステロイド剤 血圧の薬  
糖尿病の薬 骨粗鬆症の薬 血流を良くする薬 その他( )

## 5. かかりつけ医がございましたらご記入ください(医科・歯科ふくむ)

( )

\*裏面にも質問事項がございますのでご記入願います\*

6. 以前に次のようなことがありましたか

- 傷口が化膿しやすい じんましんが出やすい 湿疹が出やすい  
薬過敏(薬品名 ) 麻酔が効きにくい 麻酔で気分が悪くなる  
歯科治療中に貧血になった 血が止まりにくい 嘔吐反射が強い  
口の中を触られると気持ち悪くなる 下痢しやすい 花粉症である  
歯科が怖い その他( ) 特にない

7. 今回の治療のご希望はありますか

- 応急処置のみ希望 悪い所、困っているところだけを治してほしい  
悪い所、困っている所だけでなく、お口全体の状態も診てほしい

8. 興味のある治療、話を聞いてみたい情報などありますか

- むし歯治療 歯周病治療 予防歯科 白い歯 入れ歯 訪問歯科  
定期健診 口臭予防 歯石除去 白い被せ物 よくかめる義歯  
高齢者歯科 妊婦の歯科治療 ホワイトニング インプラント  
セラミック 子どもの歯科治療 ヤニ、汚れの清掃 金属アレルギー  
歯並び 歯ぎしり、かみしめ 歯のないところの治療

9. その他気になることやご希望がありましたらご記入ください

( )

ご記入ありがとうございました  
この予診票をもとに問診を行いますので  
しばらくお待ちください