予　診　表

平成　　年　　月　　日

ふりがな	来院動機
氏　名	・ホームページ　・御紹介（　　様） ・近所だったので　・その他（　　）
生年月日　大正・昭和・平成　　年　　月　　日	年齢　　才
住　　所　〒　－	□電話（　　）　-
	□携帯（　　）　-
勤　務　先	□電話（　　）　-

＊申し訳ございませんがご予約確認などのため連絡させていただく場合があります。

御希望の連絡先の□にチェックを入れてください

―該当する項目を○で囲んでください―

◎　来院の主な理由（複数可）

A　歯が痛いから　場所・いつから？
（　　）

B 出血があるから　場所
（　　）

C　かみあわせが良くないから

D　入れ歯を入れたいから

E　口が開きにくいから

F　定期診査をしたいから

G　歯肉が痛いから　場所・いつから？
（　　）

H　かぶせもの、つめものがとれたから　場所
（　　）

I　歯ならびをなおしたいから

J　歯石を取ってほしいから

K　歯を美しくしたいから

L　その他（　　）

◎　現在の身体の状態について　（複数可）

A　特に異常はない

B　心臓が悪い　（　　）

C　血圧が高い　（普段のおよその血圧　　／　　mmHg）

D　血が止まりにくい　（　　）

E　貧血を起こしやすい　（　　）

F　妊娠している・授乳中である　現在（　妊娠　・　生後　　ヶ月　）

G　薬にアレルギーがある　薬剤名（　　）

H　金属にアレルギーがある　（　　）

I　味覚障害がある　（　　）

J　現在 薬を飲んでいる　薬剤名（　　）

K　現在 病院に通っている（病名　　病院　　科　担当医　　）
（病名　　病院　　科　担当医　　）

L　その他　（　　）

二面へ続きます

◎ 過去の病気について（複数可）＊投薬の関係上 必要な事項になりますので、正確にお答えください。

・次の病気にかかったことがありますか？

A 血液疾患（白血病・血友病など） B 心臓病 C 高血圧 D 低血圧

E 脳血管疾患 F 腎炎 G 肝炎（A B C） H 関節炎 I リウマチ熱

J アデノイド K 扁桃腺炎 L ちくのう症 M ぜんそく N 結核

O アトピー P 骨粗鬆症 Q ＨＩＶ R その他（ ）

・入院をしたことはありますか？ （ あり ・ なし ） （病名： いつ頃 ）

・輸血をしたことはありますか？ （ あり ・ なし ） （理由： ）

・次の薬を使ったことはありますか？

A 歯科麻酔薬 B ピリン系風邪薬 C 抗生物質 D その他（ ）

＊そのときに気分が悪くなるなどの副作用はありましたか？ （ あり ・ なし ）

◎ どのような治療をご希望ですか？（複数可）

A いま痛んでいるところだけ治療してほしい

B この機会に悪いところは全て治療してほしい

C 保険の範囲内で治療してほしい

D なるべく保険で、場合によっては自費でもかまわない

E 保険の範囲外で、最も良い材料と方法で治療してほしい

F 担当歯科医師と相談して決めたい

◎ 過去の歯科治療について

・最後に歯科治療を受けられたおおよその時期 （ 年 ヶ月前 ）

・歯科で麻酔をしたり歯を抜いた経験はありますか？ （ はい ・ いいえ ）

そのときに異常はありましたか？ （ はい ・ いいえ ）具体的に（ ）

・あごがカクカクなったことはありますか？ （ はい ・ いいえ ）

・口が開けにくくなったことはありますか？ （ はい ・ いいえ ）

◎ 今までの歯科治療から不安に思っていること、
また当院での治療についてご希望がありましたらご自由にお書きください。

ありがとうございました、受付にお持ちください。お呼びいたしますのでしばらくお待ちください。

なお、この資料の内容は「患者情報の守秘義務」に基づき管理させていただくことを確約いたします。

カガミ歯科医院