

# 予診表



はじめにご記入ください

受診日 平成

年

月

日

ふりがな

男・女

お名前

生年月日 明・大・昭・平

年

月

日生まれ (

歳)

〒 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

ご自宅から当医院までの移動手段  
(徒歩・車・電車・バス 分)

ご住所

TEL

ご職業

勤務先

勤務先TEL

メールアドレス

ご紹介者

様・クリニック・医院

どうなさいましたか？

- むしばの治療をしたい 歯並びを治したい  
歯周病の治療をしたい 検査をしてほしい  
入れ歯を作りたい 歯の掃除をしたい

その他 ( )

どちらの具合が悪いですか？

- |    |    |    |                              |                              |
|----|----|----|------------------------------|------------------------------|
| 右上 | 上前 | 左上 | <input type="checkbox"/> 歯   | <input type="checkbox"/> 舌   |
|    |    |    | <input type="checkbox"/> 歯ぐき | <input type="checkbox"/> あご  |
| 右下 | 下前 | 左下 | <input type="checkbox"/> ほほ  | <input type="checkbox"/> 入れ歯 |

痛みはありますか？

- あると答えた方 どのような痛みですか (複数可)  
しみる程度 少し痛い ひどく痛い  
痛んだり止んだり はれている 噛み合わせて痛い

ある ない

歯の麻酔注射の経験は？

- ある ない あると答えた方・・・  
何でもなかった 貧血を起こした 気分が悪くなった

歯を抜いた経験は？

- ある ない あると答えた方・・・  
最近抜いたのは 年前 ヶ月

そのとき何か異常は？

- ある ない あると答えた方・・・  
何日も痛んだ 血が止まらなかった はれた 熱が出た

お医者さんで治療中の病気は？

- ある ない あると答えた方・・・  
心臓 腎臓 肝臓 高血圧 不整脈 緑内障  
糖尿病 血液 貧血 妊娠 アレルギー

その他 ( )

お医者さんで処方されているお薬は？

- ある ない あると答えた方・・・  
お薬のお名前は？ ※お薬手帳をご提示ください

この機会に・・・

- 悪いところは全て治したい 痛いところだけ 相談の上治療したい

診療時間についてのご希望は？

- 特になし  
午前・午後 月・水・木・金・土・日

当院を何でお知りになりましたか？

- 家族が来ているので 知人の紹介 電話帳を見て HPを見て  
医院の看板を見て 広告・チラシを見て その他

診療についてのご希望は？

- 保険の範囲内で治したい 自費治療で治したい  
相談の上治療法を決めたい その他