

# 予診表



令和 年 月 日

カルテNO.

ふりがな		性	生 年 月 日	御 紹 介 者
氏 名		男・女	明大 昭平 年 月 日生	
現 住 所	〒			TEL
勤務先名 及び住所	〒			TEL
1. 最近歯の治療を受けたのは	1) ( ) ヶ月前 2) ない			
2. 以前当院で治療を受けたことがありますか	1) はい ( ) ヶ月前 2) ない			
3. どうなさいましたか	1) 歯(歯肉)が痛い 2) 虫歯の治療をしたい 3) 歯肉から血が出る 4) 入歯を入れたい(直したい) 5) 歯ならび、咬み合わせを直したい 6) 歯石をとりたい 7) 歯をきれいにしたい 8) 定期検査をしてほしい 9) その他 ( )			
4. 現在の身体の具合について	1) 特になし 2) 心臓が悪い 3) 血圧が高い・低い 4) 腎臓が悪い 5) 肝臓が悪い 6) 糖尿病 7) 血液病(白血病・血友病) 8) 脳血管障害がある(脳梗塞、脳内出血など) 9) 骨粗しょう症 10) 妊娠している 11) その他 ( )			
現在服用中のクスリ				
かかりつけの病院名	TEL			
5. 歯をぬいたことがありますか	1) ない 2) ある _____ ヶ月前 _____ 年前 ずっと前			
6. その時何か異常がありましたか	1) ない 2) ある ・血が止まらなかった ・貧血をおこした ・痛みがつづいた ・その他 ( )			
7. 薬で副作用がありますか	1) ない 2) ある ( )			
8. 麻酔注射で異常がありましたか	1) ない 2) ある ・なかなかきかなかった ・貧血をおこした ・胸が苦しくなった ・気分が悪くなった ・その他 ( )			