

# 予 診 表

徳岡歯科クリニック

令和 年 月 日

カルテNo. \_\_\_\_\_

ふりがな \_\_\_\_\_

男・女 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

愛称 \_\_\_\_\_

生年月日 平成 年 月 日 年齢 歳 ヶ月

〒

現住所 \_\_\_\_\_

TEL: \_\_\_\_\_

学校、幼稚園、保育園名 \_\_\_\_\_

## ●どうなさいましたか？

- 1: 歯が痛い    2: 歯肉が腫れている    3: 虫歯の治療    4: 虫歯の診断・相談  
5: 虫歯の予防    6: 矯正(歯並び)    7: その他( )

## ●これまでに歯の治療を受けたことがありますか？

- 1: いつ頃 年 月  
2: どんなことをされましたか \_\_\_\_\_  
3: その時に麻酔をされましたか    した・しなかった・分からない  
4: 何か異常な事がありましたか    なかった・あった \_\_\_\_\_  
5: その時のお子さんの様子はどうでしたか  
 良く出来た     不機嫌だがなんとかやらせた     シクシク泣いた  
 暴れて押さえられた     暴れて出来なかった

## ●全身状況についておたずねします

- 1: これまでに次の病気にかかった事がありますか  
心臓病、血液疾患、腎臓病、肝炎(黄疸)、喘息、肺炎、アレルギー疾患、膠原病  
その他( )  
2: 現在の健康状態は    普通・良好・不良 (病名) \_\_\_\_\_  
3: 現在常用している薬はありますか    なし・ある \_\_\_\_\_  
4: ひきつけ、けいれんをおこした事がありますか    ない・ある  
5: 血がとまりにくかった事がありますか    ない・ある  
6: 薬や食べ物でアレルギーをおこした事がありますか    ない・ある \_\_\_\_\_  
7: その他医者に注意されたことはありますか \_\_\_\_\_

## ●治療についての希望

- ・お子さんが泣いても治療を続けますか    する・しない  
・ご希望、ご相談があれば記入ください。

●局所麻酔注射が必要な場合は、同意する    サイン \_\_\_\_\_