



## 予診表

当院での診療の参考にさせていただきますので、下記の質問にできるだけ正確にお答えください。  
個人のプライバシーは厳守いたします。

令和 年 月 日

フリガナ

ご氏名 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_ 才 \_\_\_\_\_ 明・大・昭・平 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日生

ご住所 〒 \_\_\_\_\_

TEL \_\_\_\_\_

会社名 \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_

ご紹介者 \_\_\_\_\_ 様 緊急連絡先（携帯等） TEL \_\_\_\_\_

どうなさいましたか (いくつでも可)	<input type="checkbox"/> 歯が痛む <input type="checkbox"/> 虫歯がある <input type="checkbox"/> 歯ぐきがはれた <input type="checkbox"/> つめもの、かぶせがとれた <input type="checkbox"/> 歯並びが気になる <input type="checkbox"/> 入れ歯の調子が悪い <input type="checkbox"/> 汚れや歯石を取りたい <input type="checkbox"/> 歯を白くしたい <input type="checkbox"/> 睡眠時無呼吸症候群 <input type="checkbox"/> マウスピースを作りたい <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )
現在のお体の状態は	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 不良 (具体的に _____ )
内科的な病気をしたことは (現在、過去問わず)	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある 心臓、肝臓、腎臓、高血圧、低血圧、糖尿 その他 ( _____ )
輸血されたことは	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (理由 _____ )
現在医師にかかっていますか	<input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる (理由 _____ )
女性の方へ	<input type="checkbox"/> 妊娠 ( _____ ヶ月) <input type="checkbox"/> 授乳中 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )
タバコは吸いますか	<input type="checkbox"/> 以前吸っていた <input type="checkbox"/> 吸っている <input type="checkbox"/> 吸っていない
歯を抜いたことがありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ( _____ 前)
特異体質やアレルギーは	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (花粉、アトピー、喘息、その他)
薬を飲んで副作用は	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (胃痛、発疹、かゆみ、その他) <input type="checkbox"/> 薬名 ( _____ )
漢方薬やサプリメントを利用 していますか?	<input type="checkbox"/> してない <input type="checkbox"/> している ( _____ )
この機会に	<input type="checkbox"/> 悪いところは全部治したい <input type="checkbox"/> 痛い所だけ
診療については	<input type="checkbox"/> 保険の範囲で治したい <input type="checkbox"/> 必要な時は、相談の上一部自費と健保を併用してもよい <input type="checkbox"/> 最も良い材料と方法で治してほしい
最後の歯科受診はいつですか	
治療について何かご希望が ありますか	