

予診表

No. _____

年 月 日

お名前 フリガナ 男 ・ 女	生年月日
	M T S H 年 月 日 (歳)
ご住所 〒 -	電話番号 () -
	携帯電話 () -
	E-Mail
ご職業 会社員 会社役員 各種法人 公務員 自営業 学生 専業主婦 無職 その他 ()	勤務先 / 学校名
	電話番号 () -

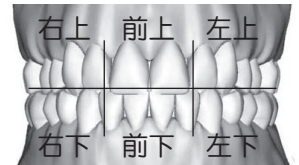
予診表は皆様の診療を安全にすすめるための大切な参考資料です。資料はコンピュータに登録し管理を徹底します。また、患者さんのプライバシーにつきましても厳守いたしますので、できるだけ正確にご記入ください。

①当院におみえになったのは? はじめて 前に来たことがある (年 カ月前)
 紹介されて (紹介者:) 他医院から (東京医科歯科大学 / その他)

②当院を知ったのは? 口コミ 広告を見て ヨーカドーに来て 当院ホームページ
 その他 ()

③どうなさいましたか? 虫歯の治療 入れ歯治療 歯並び治療 歯の検診
 フッ素などの予防 歯の清掃 歯を白くしたい インプラント
 その他 ()

④どこが悪いですか?
図に該当する
ところを○でかこんでください。
※左右に気をつけてください。
 歯が痛い 入れ歯が痛い 歯ぐきが痛い
 歯ぐきが腫れた 詰めものが取れた 痛くない
 その他 ()



⑤いつから痛みますか? 今日から () 日前から その他

⑥痛み方は? ズキズキ痛い 噛むと痛い 何もしなくても痛い ときたま痛みが出る
 しみる (冷たい物 熱い物 甘い物)

⑦歯を抜いたことがありますか? ある ない

⑧今までに、麻酔注射をしたり
歯の治療を受けたとき、
何か異常はありましたか?
 ない 血が止まらなかった 気分が悪くなった 腫れた
 ある → 熱が出た 何日か病んだ アレルギーが出た
 その他 ()

⑨薬の副作用はありますか? ない ある (薬品名 / 症状)

⑩食物アレルギーはありますか? ない ある (/ 症状)

⑪内科的病気はありますか? ない 心臓病 腎臓病 肝臓病 () 型
 ある → 高血圧 糖尿病 ぜんそく
 アレルギー その他 ()

⑫現在の健康状態は? 良好 風邪ぎみ 妊娠中 () カ月 授乳中

⑬現在、通院されている病院は? ない ある (病院名)
(医師名 先生)

⑭現在、服用しているお薬は? ない ある (薬品名)

⑮治療について 悪いところは全部治したい 今痛んでいるところだけ治したい

⑯診察についてのご希望は? 保険の範囲内 なるべく保険で すべて自費でも構わない

ご記入ありがとうございました。
以上の内容が事実と相違ないことを確認したうえで、ご署名願います。

氏名 _____
(代筆人 続柄) _____



医療法人社団 真幸会

スマイル歯科

〒356-0003 埼玉県ふじみ野市大原 2-1-30

Tel 049-266-6487