

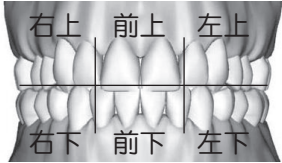
# 予診表

No. \_\_\_\_\_

年 月 日

お名前 フリガナ _____ 男 ・ 女	生年月日 M T S H R 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  ヨーカドーに来て  当院ホームページを見て  
 広告を見て ( \_\_\_\_\_ )  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。
- |  |                                   |                                   |
|--|-----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 歯が痛い          | <input type="checkbox"/> 入れ歯が痛い   | <input type="checkbox"/> 歯ぐきが痛い   |
| <input type="checkbox"/> 歯ぐきが腫れた       | <input type="checkbox"/> 詰めものが取れた | <input type="checkbox"/> わからないが痛い |
| <input type="checkbox"/> 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  
 痛みはない  しみる感じ ( 冷たい物 熱い物 甘い物 )
- ⑦歯を抜いたことがありますか?  ない  ある ( ) 年 / 月前
- 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  
 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次の病気をした事がありますか?  ない  心臓の病気  腎臓の病気  糖尿病  
 高血圧症  肝臓の病気  血液の病気  
※具体的な病名がわかる場合お書き下さい ( \_\_\_\_\_ )
- 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 \_\_\_\_\_) (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治療方法について 原則的に全て保険にて治療を行っていますが、歯の場所や色などによっては保険以外の方法が良いときもあります。  
 いま痛んでいるところだけ治したい  この機会に悪いところを全て治したい  
 説明はなく全て保険で治療を希望  そのつど説明を受けて判断したい

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

〒356-0002 ぶじみ野市清見 1-5-4

Tel 049-266-6487