

# 予 診 表

秘

平成 年 月 日

ふりがな

氏名 \_\_\_\_\_

〒 \_\_\_\_\_ 生年月日 明・大・昭・平 年 月 日

住所 \_\_\_\_\_

☎ (自) \_\_\_\_\_ (携帯) \_\_\_\_\_ (勤) \_\_\_\_\_

メールアドレス \_\_\_\_\_

(定期検診のお知らせに使用しますので、もし差し支えなければお書き下さい。)

お答えは○で囲んでください

① 当院にお見えになったのは・紹介されてきた→ご紹介者 \_\_\_\_\_

・ホームページ・看板を見て・近所だから・職場が近いから  
・インターネットなどの口コミ・その他 ( )

② どうなさいましたか

<歯> ・虫歯の治療をしたい・歯が欠けた <顎> ・口が開かない・痛い  
・つめ物がとれた ・歯がしみる ・音がする ・歯ぎしりをする  
・痛い(何もしなくても痛い・噛むと痛い)

<歯ぐき> ・出血する ・痛い <その他> ・定期健診 ・入れ歯を作りたい  
・腫れている ・歯石を取ってほしい ・インプラント・入れ歯が合わない  
・口臭が気になる ・抜歯をしたい・歯並びを治したい

その他上記以外 ( )

③ 最近、歯科治療を受けましたか (ない・ある→ 年前 カ月前)

④ 歯科で麻酔をしたことはありますか (ない・ある→異常があった・異常がなかった)

⑤ 歯を抜いて異常はありませんでしたか  
(なかった 血が止まりにくい 熱が出た 貧血を起こした 抜いたことがない)

⑥ 薬やその他のアレルギーはありますか  
ない アレルギー(麻酔薬 抗生物質 ピリン系 その他の薬) ぜんそく 湿疹  
じんましん その他 ( )

⑦ 現在飲んでいる薬はありますか  
ない 骨粗しょう症 ステロイド 降圧剤 抗てんかん剤 風邪薬 痛み止め その他 ( )

⑧ 現在、体調はいかがですか  
普通 疲れやすい 良くない(病名 ) 昨晚眠れなかった 食欲がない  
妊娠中 カ月 (可能性あり) その他 ( )

⑨ 今まで次の病気にかかったことはありますか  
・心臓疾患 ・肝臓疾患 ・腎臓疾患 ・胃腸疾患 ・血液疾患 ・高血圧 ・低血圧・糖尿病  
・梅毒 ・肝炎 ・てんかん ・リュウマチ ・ぜんそく ・エイズ ・その他 ( )

⑩ 現在他科の医院に通院していますか(ない・ある \_\_\_\_\_ 病(医)院 \_\_\_\_\_ 医師)

⑪ 治療についてのご希望は (悪いところを全部治したい ・一部だけでよい)

⑫ 当院での永続的な予防管理処置を希望しますか (する ・しない ・相談したい )

⑬ 治療が必要となった場合

1. 健康保険内の治療を希望
2. 健康保険以外、多少の費用がかかってもよい
3. 医師と相談して最も適切な治療を希望
4. 最上の治療をしてもらいたい

\*尚、この問診票は、医学上の事柄ですので秘密厳守いたします

\*その他お分かりにならない事をご遠慮なくお尋ねください

坪田歯科医院

院長 坪田泰幸