

# 予診表

初診日 年 月 日



中田歯科医院

ふりがな		本人のご職業		保護者のご職業	
お名前					
生年月日	年 月 日	年齢	歳	性別	男・女
ご住所	〒			TEL	- -
ご勤務先名				TEL	- -

予診表は、あなたの診療のための大切な参考資料です。あなたのプライバシーは厳守いたしますので、できるだけ正確に記入して下さい。

1 どうなさいましたか	虫歯の治療をしたい 入れ歯を入れたい 歯の掃除をしてほしい	検査をしてほしい 歯周病を治したい 歯の色、形を治したい
2 当院におみえになったのは	紹介されてきた(ご紹介者: 様) ホームページを見て 勤務先が近所なので 自宅が近所なので	
3 どこがお痛み、あるいは特に気になりますか	自分からみて 右上 左上 の 歯 頬 右下 左下 の 歯肉 舌 顎	
4 どのくらい前から痛みますか、あるいは気になりますか	今日はじめて ヶ月前から	日前から 以前から時々 週間前から
5 昨夜の痛みはどうでしたか	痛くなかった くすりを飲んだ(薬品名: )	痛い眠れた 痛くて眠れない程
6 今の痛みはどんなですか	痛くない	少し痛い とても痛い
7 今の痛み方はどんなですか	ズキズキ痛い 痛んだり止んだり	ずっと痛い 噛み合せると痛い
8 今までに歯を抜いたことがありますか	ない ある	
9 今までに麻酔注射をしたり歯を抜いた時に異常はありませんでしたか	麻酔や抜歯をしたことがない 気分が悪くなった アレルギーが出た その他( )	異常なかった 何日か痛んだ 抜歯後腫れた 熱が出た 貧血、めまいがした 血が止まらなかった
10 現在常用している薬はありますか	ない ある(薬品名: )	
11 薬を飲んで副作用はありませんか	ない かゆくなる 副作用のあった薬名・種類( )	ある 胃が痛くなる 発疹が出る その他( )
12 アレルギーや特異体質はありませんか	ない じんま疹が出る	ある かぶれやすい 鼻がつまる その他( )
13 抗生物質、副腎皮質ホルモン剤の使用経験はありますか	ない ある	わからない
14 現在治療中、または過去1年以内に医者にかかったことがありますか	ない ある( 病院 科 先生)	
15 タバコを吸いますか	いいえ	はい(1日 本くらい)
16 内科的な病気はありませんか	心臓 低血圧	腎臓 糖尿 ない その他( )
17 現在の健康状態は 女性の方のみ...	良好 生理中	普通 妊娠中( ヶ月) 悪い
18 治療内容・費用について、該当する項目全てにチェックをして下さい	最も良い方法で治したい 治療方法等の説明をして欲しい 治療後は予防に努めたい	なるべく保険で治したい 悪いところすべて治療希望 医師の判断にまかせる

