

# 歯科予診表

記入日 年 月 日

ふりがな								
お名前	男 女	年齢	才	生年 月日	大・昭・平	年	月	日
住 所	(〒 - )			TEL	( )			
				紹介者	様			
勤務先	役職:			TEL	( )			

## (1) 今日はどうされましたか

### (2) 当院で治療を受けたことがありますか

はい いいえ 平成 年頃

### (3) 今、医科の治療を受けていますか

はい いいえ 病院名

### (4) 薬を服用していますか また最近まで服用していましたか

はい いいえ 薬品名 年(間・前)飲んで(いる・いた)

### (5) 現在病気にかかっている または過去にかかったことがありますか

はい いいえ

糖尿病・高血圧・低血圧・狭心症・心筋梗塞・ぜんそく・骨そしょう症・肺炎・結核・胃潰瘍・  
十二指腸潰瘍・肝炎・肝硬変・腎炎・腎不全・貧血・血友病・白血病・甲状腺機能異常

その他

### (6) 薬や食べ物などにアレルギーがありますか

はい いいえ

### (7) 歯科の局所麻酔(注射)や薬で異常がおきたことがありますか

はい いいえ 薬品名 症状

### (8) 今までに出血が止まらなかったり、止まりにくいことがありましたか

はい いいえ どのようなときに

### (9) 今回の治療について

痛いところだけ治して欲しい

悪いところは全部治したい

歯科医師と相談の上決めたい

### (10) 費用について

保険の範囲内で治して欲しい

歯科医師と相談の上、必要に応じて自費診療も検討したい

### (11) 女性のかたへ

現在妊娠している。 月

現在妊娠している可能性がある

現在授乳中である

ご協力ありがとうございました



すぎうら歯科クリニック