

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つたり、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