

予 診 表

受付 年 月 日

カルテ番号

ふりがな
氏名

生年月日 (明治・大正・昭和・平成)
年 月 日 生まれ 才

現住所 〒

電話 ()
(携帯電話)

職業

勤務先 (学生の方は学校名)

勤務先電話

紹介者

主治医 (かかりつけの医師)

主治医住所

あなたが来院された理由は? (複数回答可)

- () ①う蝕 (むし歯) の治療をしたい
- () ②歯周病 (歯槽膿漏) をなおしたい
- () ③入れ歯 (義歯) をいれたい (インプラントも含めて)
- () ④歯の清掃をしてほしい (ホワイトニングも含めて)
- () ⑤う蝕、歯周病などの検査をしてほしい
- () ⑥歯並びをなおしたい

詳しい理由、ご希望があればお書き下さい

※治療を進める上でたいへん重要です。全部ご記入下さい。(分からないことはご相談下さい)

- ①この前歯科にかかったのは、いつ頃ですか? ()
その理由は? ()
- ②病院、診療所にかかっていますか? いつ頃ですか? ()
その理由は? 脳梗塞 (・後遺症あり [・右麻痺 ・左麻痺] ・殆ど無し
その他)
高血圧 (血圧: 最高 最低)
心臓疾患 (・狭心症 ・心筋梗塞 ・弁膜症 ・不整脈)
糖尿病 (血糖値: 空腹時 HbA1C)
腎臓疾患 (・透析なし ・透析あり (週 回))
肝臓疾患 (・A型 ・B型 ・C型 ・不明 ・その他)
胃腸疾患 (・胃潰瘍 ・その他)
骨粗鬆症
呼吸器疾患 (・肺炎 ・その他)
その他 (・A I D S ・水疱瘡 ・その他)
- ③現在の体調について
普通 不調 (・睡眠不足 ・発熱 ・疲労 ・下痢 ・その他)
最近大きな体重の変化なし あり (・減少 ・増加) 不明
妊娠 (第 週)、出産直後 (ヶ月)
- ④歯を抜いたことがありますか? はい いいえ
- ⑤麻酔注射で特別な反応はありませんか? あり なし
- ⑥特に過敏な薬はありますか? あり なし
過敏な薬の名前は? ()
- ⑦現在、薬を飲んでいますか? はい いいえ
薬の名前は? () ※一覧表でも結構です
- ⑧歯ぎしり、アゴの異常、肩こり、頭痛はありませんか? あり なし
- ⑨噛みぐせはどちらですか? 右 左 左右両方
- ⑩喫煙習慣 あり なし
- ⑪習慣的飲料物 あり なし
飲料物の名前 (種類) は? ()