

# 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

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

当医院についてどこで知りましたか？（初めての方のみ）

・紹介（紹介者 ） ・ホームページ ・タウンページ ・その他

※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病気になった事がありますか？下記に該当する場合チェック、記載してください。
  - 脳梗塞（発症時期（ ））
  - 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（・B型 ・C型 ・不明 ・その他（ ））
  - 胃腸疾患（・胃潰瘍 ・その他（ ））
  - 骨粗鬆症（・内服薬常用（ ）年（ ） ・注射薬常用（ ））
  - 呼吸器疾患（・肺炎 ・その他（ ））
  - がん（部位（ ））
  - ウイルス・細菌（・HIV感染 ・梅毒 ・結核（ ））
  - その他重要な病気（（ ））
- ③通院中の病院はありますか？ ・はい（病院名（ ）） ・いいえ
- ④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）
- ⑤抜歯や他の治療時に異常があったことがありますか？ あり なし 抜歯経験なし
- ⑥麻酔で特別な反応はありませんか？ あり なし
- ⑦過敏な薬や食物、アレルギーはありますか？ あり なし  
過敏な薬や食品名（（ ））
- ⑧現在、薬は飲んでいますか？ はい いいえ  
薬の名前は？（（ ））※多い場合は一覧表で結構です。
- ⑨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
- ⑩噛みぐせはどちらですか？ 右 左 左右両方