

# 予 診 表

年 月 日

No. \_\_\_\_\_

ふりがな  
名 前 \_\_\_\_\_ 生年月日 明・大・昭・平 \_\_\_\_\_ 年 月 日 ( 歳 ) 男 女

住 所 \_\_\_\_\_ 〒 \_\_\_\_\_ TEL. \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

勤務先 \_\_\_\_\_ TEL. \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) 携帯電話 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

職 業 \_\_\_\_\_ 紹介者 \_\_\_\_\_

より良い治療をお受けいただくために、現在のあなたの健康状態や診療希望をおたずねします。

できるだけ正確にご質問にお答えください。(なお、ご記入いただいた内容の秘密は厳守いたします)

■今日はどうなさいましたか？(複数可) 虫歯がある 歯肉が腫れた 詰め物がとれた  
入れ歯を入れたい 歯並びを治したい 歯を白くしたい  
アゴが痛い 口臭がする 歯の清掃をしてほしい  
その他 \_\_\_\_\_

■今、お痛みですか？ 痛くない 少し痛い 我慢できないほど痛い

■歯の治療が怖いですか？ 何ともない 怖い

■現在の健康状態は？ 良い 悪い 妊娠中 病気にかかっている 生理中  
病院に通っている(病名 \_\_\_\_\_ ) その他( \_\_\_\_\_ )

■現在服用(常用)している薬はありますか？ ない ある (薬の種類 \_\_\_\_\_ )

■今までに大きな病気をしたことがありますか？ ない ある (病名 \_\_\_\_\_ )

■薬に対する副作用はありますか？ ない ある (薬の名前と症状 \_\_\_\_\_ )

■アレルギーや特異体質はありますか？ ない ある (症状 \_\_\_\_\_ )

■歯を抜いたことがありますか？ ない ある

■その時の異常は？ ない ある (症状 \_\_\_\_\_ )

■治療に際してのご希望は 痛いところだけ治したい 相談して決めたい  
悪いところを全部治したい

■治療費について 保険の範囲内で 相談して決めたい 最適な治療を

■治療日時のご希望は 午前 午後  時頃  曜日 特になし

■当院をお知りになったのは？ インターネット・HP 口コミ 建物・看板を見て その他

●その他ご希望がありましたらお書きください。

ありがとうございました。お呼びしますのでもしばらくお待ちください。



日本橋人形町歯科