

予 診 表

平成 年 月 日

ふりがな
お名前

生年月日 年 月 日生 才

ご住所 ㊦ TEL ()

ご職業 勤務先 TEL ()

◇どうなさいましたか。ご来院の理由をお教え下さい。(ご紹介者 様)

◇現在、お体の健康状態はいかがですか ふつう よい わるい

◇最近または現在他科に通院中ですか いいえ はい

病名 病院名 診療科目

担当医のお名前 TEL ()

◇今までに、次ぎの病気にかかった事がございますか。

心臓病 脳卒中 リウマチ 血液疾患 糖尿病 アレルギー 肝臓病 腎臓病
腫瘍 ぜんそく その他 ()特になし

◇血圧はいかがですか。

ふつう 高い 低い わからない 最近測った血圧(/)

◇ 薬の使用についてうかがいます。

- 下記に該当するものはない。
- 気分が悪くなったり、湿疹がでたりした事がある。
- 医師、歯科医師から注意を受けている薬がある。(薬品名)
化膿止め、痛み止めなど飲める薬があればお教え下さい(薬品名)
- 現在常用している薬がある。(薬品名)

◇現在妊娠中ですか いいえ はい (出産予定日 月 日)

◇以前に歯の治療・麻酔などで、気分が悪くなる、抜歯後の異常、などがありましたか。
ない ある()

◇少しの傷でも出血が止まらなかったことがありますか。 ない ある

◇たばこを吸われますか。 いいえ はい (1日 本, 年間)

◇治療上一番気にかかるのは治療方法、費用、期間など何ですか。治療上のご希望
などありましたら何なりとお教えください。

◇今までの歯の治療についてどうお感じですか。

◇なぜ、今回私たちの医院を選ばれたのですか。

- ご紹介 ・インターネット(当院HP、ドクターズファイル、その他) ・カンバン ・評判
- 通院が便利 ・時間があう ・その他()

ご協力ありがとうございました。富岡歯科医院