

予 診 票

フリガナ
氏 名 _____ 年 月 日
男 明・大・昭・平 年 月 日生 年令
女 _____
〒 _____ 職業 _____
住所 _____
(自宅) _____
TEL(携帯) _____ (勤務先) _____

紹介者氏名 _____

1. どうなさいましたか？

- A 歯が痛む
- B 虫歯がある
- C 歯肉あるいは顔がはれた
- D 歯肉から血あるいは膿が出る
- E 歯を白くしたい
- F 歯 石
- G さし歯、つめ物等がとれた
- H 定期検診
- I その他 ()

5. 今飲んでいる薬はありますか？

いいえ はい ()

6. 現在の身体の具合は？

- A 特に異常はない
- B 心臓病
- C 高血圧
- D 糖尿病
- E リウマチ
- F ぜんそく
- G 肝臓病
- H 妊娠 カ月
- I 脳疾患
- J その他 ()

2. 口の中に注射をしたことがありますか？

はい いいえ

その時気分が悪くなりましたか？

いいえ はい

3. 今まで歯を抜いたことはありますか？

はい いいえ

その時何か異常はありましたか？

ない 血が止まらない 痛みが続いた

4. 薬や食物で異常な反応が起った ことがありましたか？

いいえ

はい (具体的に)

7. 治すところは？

- A とりあえず、今痛んでいる歯だけ
- B 悪いところは全部治したい
- C 先生と相談して決めたい
- D その他 希望 ()

8. 治療についての希望は？

- A 多少費用がかかっても最良の材料
でしてほしい
- B 先生と相談して決めたい
- C 保険の範囲内してほしい
- D その他 ()