

# 歯 科 予 診 表

初めて受診される方、またはしばらくぶりで受診される方は、この予診表を記入し、受付の時お出し下さい。

フリガナ \_\_\_\_\_ 明・大  
受診者名 \_\_\_\_\_ 男・女 \_\_\_\_\_ 才 昭・平 \_\_\_\_\_ 年 月 日生

住 所 \_\_\_\_\_

勤 務 先 \_\_\_\_\_ 職種 ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

今回の症状について、該当するものに を付けてください。

歯が痛い：歯ぐきが痛い：あごが痛い：入れ歯の具合が悪い：むし歯：歯がグラグラする：

歯ぐきから血が出る：詰め物やかぶせ物がとれた：検診：歯石除去とお口の中の清掃：

その他 \_\_\_\_\_

現在治療中の病気はありますか。

いいえ：はい \_\_\_\_\_

常用している薬がありますか。

いいえ：はい \_\_\_\_\_

過去にあわない薬はありましたか。

いいえ：はい \_\_\_\_\_

血が止まりにくいことがありますか。

いいえ：はい \_\_\_\_\_

これまで、大きな病気や手術をしたことがありますか。

いいえ：はい (病名) \_\_\_\_\_ (手術) 有・無

歯科治療で麻酔注射を受けたことがありますか。(その時に不快症状があった方はご記入ください)

いいえ：はい (症状) \_\_\_\_\_

治療に対する希望

治療に対する希望

- 1. 根本的に治したい
- 2. 今の症状がおさまればよい
- 3. どちらとも言えない
- 4. その他 \_\_\_\_\_

- 1. 保険内で治したい
- 2. 保険外でもかまわない
- 3. 相談して決めたい

予防歯科において治療終了後に、定期的管理(リコール)を行ってありますが受診を希望されますか。

はい：いいえ \_\_\_\_\_

<女性の方へ>

妊娠していますか。

いいえ：はい \_\_\_\_\_ ヶ月