

※印刷してお使いください。
※予診票を記入してお持ちください。

予 診 票

年 月 日

ふりがな お名前		男・ 女	明 大 昭 平	年 月 日生 (才)
ご住所	〒 -	TEL	(自宅) ()	
			(勤務先) ()	
勤務先		ご紹介者		

あなたの体質を知る事は、より良い診療をするために必要です。この表は歯科治療をスムーズに行うための大切な参考資料となります。できるだけ正確にお答えください。(該当するものにチェックを入れてください)

どうなさいましたか	
<input type="checkbox"/> むし歯がある <input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> 歯ぐきが痛い <input type="checkbox"/> 歯の清掃をしてほしい <input type="checkbox"/> 検診をしてほしい <input type="checkbox"/> 入れ歯の具合が悪い <input type="checkbox"/> つめもの・かぶせものがとれた <input type="checkbox"/> その他 ()	
それはどこですか	
右上 前 上 左上 右下 前 下 左下	<input type="checkbox"/> 全部 <input type="checkbox"/> その他 ()
いつごろからですか (痛みのある方へ)	
<input type="checkbox"/> ズキズキ痛い <input type="checkbox"/> かむと痛い <input type="checkbox"/> ときどき痛い <input type="checkbox"/> 冷たいものがしみる <input type="checkbox"/> 熱いものがしみる <input type="checkbox"/> その他 ()	
歯を抜いたことがありますか	
<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> () 年前 <input type="checkbox"/> () カ月前	
その時なにか異常はありましたか (歯を抜いたことがある方へ)	
<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 血がとまらなかった <input type="checkbox"/> 何日も痛んだ <input type="checkbox"/> 熱が出た <input type="checkbox"/> その他 ()	
歯の治療で麻酔をしたことがありますか	
<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	
その時何か異常はありましたか (麻酔をしたことがある方へ)	
<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (症状)	
薬を飲んで副作用を起こしたことがありますか	
<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 胃が痛くなる <input type="checkbox"/> 発しんができる <input type="checkbox"/> かゆくなる <input type="checkbox"/> その他 ()	
現在のんでいる薬はありますか	
<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (薬品名)	
現在及び過去にかかった病気はありますか (ありましたか)	
<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 心臓 <input type="checkbox"/> 肝臓 <input type="checkbox"/> 腎臓 <input type="checkbox"/> 胃腸 <input type="checkbox"/> 貧血症 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 低血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿 <input type="checkbox"/> 血液疾患 <input type="checkbox"/> アレルギー <input type="checkbox"/> その他 ()	
現在、妊娠していますか (女性の方へ)	
<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> している (カ月) <input type="checkbox"/> わからない (治療期間中に妊娠された方はお知らせください)	
治療について	
当院では、YAGレーザーを用い、虫歯、歯周病、根の治療、顎関節など幅広い治療に応用しております。 ※レーザー照射費用として、500~2000円保険とは別にかかります。 この治療に、ご同意いただけますか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	