予　診　表

No.　　平成　　年　　月　　日

ふりがな：	生年月日　明・大・昭・平　　年　　月　　日
氏　　名：	電話
住　　所：〒	
勤務先（学校）	電話

【お願い】　当医院では、あなたの健康を守り、よりよい診療を受けていただくために次の事柄にお答えいただいています。該当するものを○で囲んでください。

1．どうなさいましたか？
□虫歯の治療をしたい
・冷たいものがしみる　・右上　・右下
・熱いものがしみる　・上前　・下前
・噛むと痛い　・左上　・左下
・何もしなくても痛い
□以前に入れたものがとれた
□義歯を入れたい
□検診をしてほしい
□歯石をとりたい
□歯並びをなおしたい
□歯の汚れを落としたい
□ブラッシングの指導を受けたい
□その他（　　）

2．以前歯を抜いたときに、異常はありませんでしたか？
□特になし
□血が止まらなかった
□なかなか抜けなかった
□何日も痛みが続いた
□熱がでた
□麻酔で気分が悪くなった
□歯を抜いたことがない

3．アレルギーはありますか？
□ない
□ある　・じんましん　・ぜんそく
・湿疹　・リューマチ
・その他（　　）

4．薬や注射で異常が出たことがありますか？
□ない
□ある…どの様な症状でしたか？
（　　）

5．今までにかかった病気がありますか？
□いいえ
□はい　・心臓　・腎臓　・肝臓　・高血圧
・貧血　・結核　・胃腸　・低血圧
・その他（　　）

6．現在の健康状態は？
□特に異常はない
□薬を飲んでいる
（薬の種類　　）
□病院へ通っている（内科・外科・その他）
□妊娠している（　　ケ月）
□血圧が高い・血圧が低い

7．診療についてのご希望は？
□悪いところは全部なおしたい
□今、痛い箇所だけでよい
□先生と相談の上で決めたい

8．診療費については？
□すべて健康保険でなおしたい
□先生の説明を受けてから決めたい

9．通院の希望時間は？
□午前中　2）午後　3）夕刻
□その他（　　時頃）

10．ご紹介者のいる場合はお書きください
（　　）

11．その他、特に承っておくことがありましたらお聞かせください。

ふじた歯科医院