

年 月 日

# \* 予 診 表 \*

No. \_\_\_\_\_

紹介者 又は 媒体 \_\_\_\_\_

(ふりがな)

お名前 \_\_\_\_\_ 男・女・他 生年月日 西 暦 . .

お電話 \_\_\_\_\_ 携帯 (又は緊急連絡先)

ご住所 (〒 - ) \_\_\_\_\_ マンション  
建物名等

① 今回はどうなさいましたか？

- ② 当院にかかれるのは初めてですか？  はい  いいえ
- ③ 現在の健康状態はいかがですか？  良い  普通  悪い  
→悪いと答えた方はどのような状態ですか？ ( )

- ④ 次の疾患にかかったことはありますか？
- |                              |                               |                               |                              |                                |                                     |
|------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 心臓病 | <input type="checkbox"/> 肝臓疾患 | <input type="checkbox"/> 腎疾患  | <input type="checkbox"/> 糖尿病 | <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症  | <input type="checkbox"/> 肝炎 (A・B・C) |
| <input type="checkbox"/> 高血圧 | <input type="checkbox"/> 低血圧  | <input type="checkbox"/> ぜんそく | <input type="checkbox"/> 貧血  | <input type="checkbox"/> 呼吸器障害 | <input type="checkbox"/> 副鼻腔障害      |

※  その他 ( \_\_\_\_\_ )

- ⑤ 現在、他の科に通院されていますか？  はい ( )  いいえ
- ⑥ 現在、服用しているお薬はありますか？  
 はい (薬剤名: \_\_\_\_\_)  いいえ
- ⑦ 歯科治療で麻酔を受けて、気分が悪くなったり血が止まりにくかったなどの異常はありましたか？  
 はい (具体的に: \_\_\_\_\_)  いいえ
- ⑧ 薬剤に対して副作用がありますか？  はい (薬剤名: \_\_\_\_\_)  いいえ
- ⑨ アレルギーや特異体質がありますか？  はい ( )  いいえ
- ⑩ 現在、妊娠の可能性がある、または授乳を行っていますか？ (女性の方のみご記入下さい)  
 妊娠中 ( 月 )  妊娠の可能性がある  授乳中 (生後 月 )  いいえ
- ⑪ 過去に受けた歯科診療で不具合などがありましたらお書き下さい。

⑫ その他、気になることやご要望などがありましたらお書き下さい。



医療法人社団 譽会 **ほんだ歯科医院おおたかの森**

この予診表は治療を始める上で参考にさせていただく大切なものです。個人情報保護は遵守いたしますので安心してご記入下さい。