

No. _____

* 予診票 *

ご希望の曜日・お時間：

初診日：____年____月____日

ふりがな

お名前 _____ (男・女) 西暦____年____月____日(____歳)

ご住所 〒 _____

携帯電話番号 _____ () _____

電話番号 _____ () _____

・本日はどうされましたか。

・最後に歯科を受診したのはいつ頃ですか。 (____年____月頃)

→内容は 治療 検診

・現在の健康状態、今までにかかった病気についてお聞かせください。

- 異常なし 糖尿病(HbA1c____) 高血圧(高____/低____)
- 心臓病 ガン 腎臓病 肝臓病(A・B・C型肝炎) 喘息・呼吸器系
- 貧血 骨粗鬆症 リウマチ HIV その他(_____)

- ・現在飲んでいる薬はありますか。 ない ある (薬品名_____)
- ・通院している病院はありますか。 ない ある (病院名_____/____科)
- ・日常で喫煙していますか。 ない している (1日____本/____年)
- ・アレルギーや使えないお薬はありますか。 ない ある→金属・ゴム・牛乳・その他(_____)
- ・血が止まらなくなったことはありますか。 ない ある

・女性の方にお聞きします。

- 妊娠中(____ヶ月) 授乳中(生後____ヶ月)

・歯の麻酔・抜歯についてお聞かせください。

- 麻酔: 問題なかった 気分が悪くなった 貧血を起こした 麻酔が効かなかった
- 抜歯: 問題なかった 貧血を起こした 熱が出た 血が止まりにくかった

・歯の清掃・治療について

- 説明は手短に、少ない回数で清掃・治療してほしい 回数がかかっても、しっかりと説明を受けたい

・今まで歯科治療で嫌なことがあったり、今回不安に思うことがあれば教えてください。

(_____)

・前日または当日に予約の空きが出た場合、ご連絡希望しますか。

はい・いいえ・曜日による ⇒ 何曜日でしたら可能ですか。【 月・火・水・木・金・土・日 】

・どのようにして当院を知りましたか。

- インターネット(HP・その他) 看板を見て ご家族、知人の紹介(紹介者のお名前:_____)
- 職場、ご自宅が近い チラシを見て その他(_____)

ご記入ありがとうございました。受付にお渡してください。

