

予 診 表

NO. _____

(院外秘密厳守)

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

フリガナ 氏名	生年月日 明・大・昭・平・令 年 月 日 (才) 男・女
住所〒	Eメールアドレス
自宅 TEL	携帯番号
勤務先名	勤務先 TEL
ご紹介者	
かかりつけ医	

何をご覧になられて当院をお知りになりましたか？

- 1、インターネットを見て
yahoo・google 検索 facebook インスタグラム エキテン その他)
 2、表の看板 3、友人知人の紹介 ()

大変お手数ですが次の事項の該当するところに○印を又 () 内はご記入願います。

1、来院の目的

- 歯が痛い ●詰め物が取れた ●むし歯を治したい ●歯ぐきから出血する ●親知らずが痛い
- 歯石の除去 ●歯の黄ばみが気になる ●口臭が気になる ●ホワイトニングをしたい
- インプラントにしたい ●かみ合わせの異常 ●歯軋り・食いしばりが気になる ●あごが痛い
- 矯正相談 ●審美相談 ●セラミックにしたい ●入れ歯の調子が悪い ●その他 ()

2、痛いところはどのあたりですか？ ()

3、症状が出たのはいつ位からですか？

4、歯医者はどれぐらいぶりの来院ですか？

5、薬や注射での異常（アレルギー・その他）がありますか？ はい いいえ

6、ラテックス（ゴム）アレルギーがありますか？ はい いいえ

7、パラベン（防腐剤）アレルギーがありますか？ はい いいえ

8、現在、体に異常がありますか？ はい いいえ

（‘はい’と答えた人のみ○をお付けください）

心臓病 腎臓病 糖尿病 肝臓病／B・C型肝炎と診断されたことがある（B型肝炎・C型肝炎）

高血圧 悪性腫瘍（既往歴含む）リウマチ 蓄膿 貧血 ペースメーカー 喘息 その他 ()

9、現在常用しているお薬が何かありますか？ はい いいえ

（‘はい’と答えた人のみ○をお付けください）

血圧の薬 胃腸薬 抗生物質 ビタミン剤 ステロイド剤 ビスネスホネート系薬剤

その他 ()

