

# 予 診 表

フリガナ \_\_\_\_\_ 性別 \_\_\_\_\_ 年齢 歳 \_\_\_\_\_ 記入日 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 生年月日 昭和 年 月 日 \_\_\_\_\_ 職業 \_\_\_\_\_

〒 \_\_\_\_\_ 住所 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_

○当院にお見えになったのは ..... ( ・はじめて(家族・友人・知人・隣人の紹介・ホームページを見て)  
・前にきたことがある(      ヶ月くらい前      年くらい前)

○特異体質やアレルギーはありませんか ..... ない・ある

○歯を抜いたことは ..... ない・ある

○歯を抜いたとき異常はありましたか ..... ない・ある ( ①貧血を起こした ②血が止まらなかった  
③何日も痛んだ ④熱が出た

○今まで大きな病気をしたことは ..... ない・ある 病名 \_\_\_\_\_

○現在、内科的な病気はありますか ..... ない・ある 病名 \_\_\_\_\_

○現在、血圧は ..... 普通・高い・低い

○現在、喫煙はされていますか ..... ない・ある      一日(      )本くらい

○毎日常用している薬は ..... ない・ある      何の薬ですか \_\_\_\_\_

○その他特別な症状はありますか ..... ない・ある      頭痛・腰痛・肩こり・その他(      )

○この機会に ..... ( ・悪いところは全部なおしたい  
・今痛んでいるところだけなおしたい

○診療についてのご希望は ..... { 1. 健康保険の範囲でなおしたい  
2. なるべく保険で、保険のきかない所は自費でもかまわない  
3. 最も良い資材と方法でなおしてほしい  
4. ローンを利用したいと思う

↓ 記入ここまで

## 予診時口腔所見

	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
主 訴	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
	E	D	C	B	A				A	B	C	D	E			
	E	D	C	B	A				A	B	C	D	E			

治療順序予定      1      2      3

4      5      6