

すがわら歯科医院
予診表

ご住所 〒 _____
(おふりがな) _____

お名前 _____

電話番号 _____

年 月 日 ご紹介者 _____ 様

予診表は、あなたの診療のための大切な参考資料です。個人情報保護法に基づき、
貴方のプライバシーは厳守しますので、正確にご記入頂ますようお願い致します。

1. どうなさいましたか むし歯の治療 歯並び 入れ歯 歯の清掃
全体的に検査 その他 ()
2. どの部分が気になりますか 歯 歯肉 舌 唇 ほお あご
右上 右下 前上 前下 左上 左下
3. 痛みはありますか 今日初めて _____日前 _____週間前 時々
痛みはない→7番へ
4. 昨夜は 痛くない 痛い眠れた 痛くて眠れなかった
お薬を飲んだ (お薬の名前)
5. 現在は 落ち着いている 少し痛い とても痛い
6. 痛み方は ズキズキ痛む 止まらずにずっと痛む 噛むと痛む
痛んだり止んだり
7. 冷たいもの しみる しみない
8. 熱いもの しみる しみない
9. 甘いもの しみる しみない
10. 歯を抜いた事がありますか ある ない→12番へ わからない
11. 歯を抜いた時 異常なかった 気分が悪くなった 貧血・めまいが起きた
その他の症状 ()
12. 今まで麻酔注射をしたことはありますか ある ない→14番へ わからない
13. 麻酔注射をした時 異常なかった 気分が悪くなった 貧血・めまいが起きた
その他の症状 ()
14. 内科的な病気はありますか 心臓 高血圧 B型・C型肝炎 糖尿病 腎臓
その他 () ない→16番
15. 現在常用されているお薬はありますか ない ある ()
16. お薬を飲んで副作用はありましたか ない 胃が痛くなる 発疹がでる かゆみができる
その他 ()
副作用のあったお薬の種類 ()
17. ステロイドや抗生物質の服用したことはありますか ある ない わからない
18. 女性の方のみ 妊娠中 授乳中 その他 ()
19. 治療内容・費用についてのご希望は 保険内での治療 なるべく保険で一部自費で治療
悪い所はすべて治療 痛む所のみ治療
20. ご希望・ご要望がございましたらお書き下さい ()