

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. 歯を抜いた事はありますか 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 ( )