予　診　表

年　　月　　日

ふりがな お名前　　男　明　大 様　女　昭　平	年　月　日生（　才）
ご住所　〒　　Tel　（　）	連絡先（携　帯）　（　） （勤務先）　（　）
ご勤務先名	ご紹介者　　様

★ 歯科治療をスムーズに行うための大切な参考資料となります。できるだけ正確にお答えください。

どうなさいましたか

□ むし歯がある　□歯が痛い　□歯ぐきが痛い　□歯の清掃をしてほしい　□検診をしてほしい
□ つめもの・かぶせものがとれた　□入れ歯の具合が悪い　□その他（　）

それはどこですか

右　上　　前　上　　左　上
右　下　　前　下　　左　下

いつごろからですか（痛みのある方へ）

□（　）日前　　□（　）ヶ月前　　□その他

どのように痛みますか（痛みのある方へ）

□ズキズキ痛い　□噛むと痛い　□ときどき痛い　□しみる（冷たい物・熱い物）
□その他（　）

歯を抜いたことがありますか

□ない　□ある　（　）年前　（　）ヶ月前

その時なにか異常はありましたか（歯を抜いたことがある方へ）

□ない　□血が止まらなかった　□何日も痛んだ　□熱が出た　□その他（　）

歯の治療で麻酔をしたことがありますか

□ない　□ある

その時なにか異常はありましたか（麻酔をしたことがある方へ）

□ない　□ある（症状　）

薬を飲んで副作用が出たことがありますか

□ない　□胃が痛くなる　□発疹ができる　□かゆくなる　□その他（　）

現在飲んでいる薬はありますか

□ない　□ある（薬品名　）

現在及び過去にかかった病気はありますか（ありましたか）

□ない　□心臓　□肝臓　□腎臓　□貧血　□高血圧　□低血圧　□糖尿
□血液疾患　□アレルギー　□その他（　）

現在、妊娠していますか（女性の方へ）

□いいえ　□している（　ヶ月）　□わからない（治療期間中妊娠された方はお知らせください）

治療について

□悪い所は全部治したい　□気になる所だけ治したい　□その他（　）

当院をお知りになったきっかけは？

□知人からの紹介　□インターネット　□電話帳　□通りがかり　□その他（　）

湯谷歯科クリニック