

# 予診票（健康調査）

年 月 日

治療を安全に行うため、院内感染予防のため、なるべく正しくご記入ください。

お名前 ふりがな \_\_\_\_\_ 誕生日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

携帯電話(もしくは最も連絡が取れる電話番号) \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_ 歳

ご住所(〒 \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

□に印をつけてください。[ ]内は○で囲んでください。

## 1. どうなさいましたか？

- 痛みがある [ 歯・歯肉・頬・舌・顎 ]  
痛みの強さは [ ひどく痛い 10 - 9 - 8 - 7 - 6 - 5 - 4 - 3 - 2 - 1 - 0 痛くない ]
- 痛くはないが、急ぎで処置をして欲しいことがある
- 検査をして現在の状態を知りたい
- 相談をしたい [ 虫歯・義歯・インプラント・歯周病・小児・かみ合わせ・予防・その他 ]
- その他 [ \_\_\_\_\_ ]

## 2. 過去の歯科治療や今の健康について

- ご来院のきっかけは？  
[看板・当院ホームページ・その他インターネット・チラシ・知人の紹介(ご紹介者: \_\_\_\_\_)]
- 歯科治療で麻酔をしたことがありますか？ [ わからない・はい・いいえ ]  
→ その時、具合が悪くなったことがありますか？ [ わからない・はい・いいえ ]
- 歯を抜いて具合が悪くなったことがありますか？ [ わからない・はい・いいえ ]
- アレルギーがありますか？ [ はい ( \_\_\_\_\_ )・いいえ ]
- アナフィラキシーショックになったことがありますか？ [ わからない・はい・いいえ ]
- 薬の飲み合わせなどを、注意するように言われたことがありますか？ [ はい・いいえ ]
- 現在、妊娠している。妊娠している可能性がある。 [ はい ( \_\_\_\_\_ ヶ月)・いいえ ]

## 3. 治療中の病気や、症状に心当たりがあれば教えてください

- 血圧 [ 高血圧・低血圧 ]       腎臓の病気 [ \_\_\_\_\_ ]
- 糖尿病 [HbA1c 値: \_\_\_\_\_ ]       心臓の病気 [ \_\_\_\_\_ ]
- 脳血管系の病気 [ \_\_\_\_\_ ]       肝臓の病気 [ 肝炎 A 型 / B 型 / C 型・肝硬変 ]
- 骨粗鬆症       ヘルペス・AIDS・その他( \_\_\_\_\_ )]
- 続けて飲んでいる薬がありますか？ [ はい ( \_\_\_\_\_ )・いいえ ]

## 4. 過去に大きな病気・手術をしたことがありますか？ それは、いつですか？

[ はい ( \_\_\_\_\_ )・いいえ ]

## 5. 具体的な希望などがありましたら、ご記入ください。

伝えるのが難しい場合は、カウンセリングの際に直接お話しください。