

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

誕生日 年 月 日

携帯電話(もしも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 [齒・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
 歯や歯茎以外にお口の中で気になっていることがある
[口臭・滑舌・口が乾きやすい・むせやすい・食べ物が飲み込みにくい・その他]
 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ください。