

予 診 表

カルテNo. _____

来院日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

(以下の質問は、歯科診療を行うにあたって必要な資料を得るためのものです。個人的秘密は厳守致しますので正確にお答え下さい。)

お名前： _____ (フリガナ) _____ 男 ・ 女

生年月日：大・昭・平 _____ 年 _____ 月 _____ 日生 (_____ 才) ご紹介者： _____

〒 _____
ご住所： _____ 自宅電話 _____ - _____ -
_____ 携帯電話 _____ - _____ -

I 来院理由 (○記入 複数可)

- | | |
|-------------------|--------------------|
| 1. 検診して欲しい | a. 歯石を取って欲しい |
| 2. 虫歯の治療がしたい | b. 歯・歯肉・顎 が痛い |
| 3. 歯ぐきの治療がしたい | c. 歯肉・顎 が腫れた |
| 4. 入れ歯 (新規・修理・調整) | d. つめ物・冠・ブリッジ が取れた |
| 5. 歯並びが気になる | e. 歯が欠けた |
| 6. 歯・顔・顎 をぶつけた | f. 歯を抜いて欲しい |
| 9. その他 (_____) | |

II 症状がある方はいつからですか？

- | | |
|-------|-------------------|
| a. 今日 | b. (_____) 日前から |
|-------|-------------------|

III 治療方法 (○記入)

- | | | |
|-----------------|------------|-------------|
| a. 保険治療の範囲で治したい | b. 自費治療を希望 | c. 相談して決めたい |
|-----------------|------------|-------------|

IV 全身状態 (該当する項目に○記入、カッコ内は内容を記入して下さい)

現在の健康状態 良、 不良 (_____) 妊娠中 (_____) 週

- 過去に歯を抜いたり、切開した方、

a. 異常なし	b. 血が止まらなかった	c. 貧血を起こした	d. 熱が出た
---------	--------------	------------	---------
- 麻酔で異常はありませんでしたか？ ない ある (_____)
- 合わない薬やアレルギーはありますか？ ない ある (_____)
- 内科的な病気はありませんか？ ない ある (_____)
- 以前、輸血をしたことがありますか？ ない ある
- 現在、他の医院にも通院していますか？ いいえ はい (_____ 科)
- 現在、何かの薬を飲んでいますか？ いいえ はい (その薬品名 _____)
- この機会に

a. 悪い所は全部治したい	b. 気になる所だけでいい
---------------	---------------
- 他に何かご希望がありましたらお書き下さい。

ご協力ありがとうございました。

きしざわ歯科医院