

おいかわ歯科医院予診表

平成 年 月 日

ふりがな
氏名 才 () ※西暦でお願いします
生年月日 年 月 日 年齢 ()

電話 自宅 () 携帯 ()
現住所 (〒)

当院を何でお知りになりましたか？ ○で囲んでください
知人の紹介 () 様・インターネットやホームページ
看板 () 付近・その他 ()



●来院された理由 治療 義歯 矯正 インプラント 歯石除去 初診・リントグ 審美 口臭 (ドライマウス)
その他 ()

●どうされましたか 歯が痛い 歯ぐきが痛い 歯が動く 腫れた 歯の色が気になる

●気になる場所をお教えてください ※その他伝えたいことがあれば記入して下さい

右上	上前	左上	()
右下	下前	左下	

●いつから痛みますか (痛みある・ない)
今日 昨日から () 日前から

●痛みかたは 痛んだりやんだり ズキズキ痛い かむと痛い 重苦しく痛い
しみる (冷・熱・甘) 違和感 その他 ()

●歯を抜いたことがありますか (ある・ない)

●その時何か異常はありましたか 血が止まりにくかった 熱が出た 麻酔が効きにくかった 脳貧血

●全身の健康状態は 普通 よくない 疲れやすい 妊娠中 [予定日 (/)]

●血圧は 正常 高い 低い (/) わからない

●アレルギーなどはありますか (ある・ない)
アレルギー (麻酔・抗生剤・ピリン系薬剤・その他の薬剤)
ぜんそく しっしん じんましん
具体的に ()

●最近どんなお薬をお飲みですか 飲んでいない 痛み止め 化膿止め 血液さらさら 糖尿
その他 ()

●今までにかかった病気 心 肝 腎 糖尿 目 鼻 耳 のど リウマチ 血液疾患
その他 ()

●手術歴・入院歴はありますか (はい・いいえ) 具体的に ()

●かかりつけの病院の名前 () 電話 ()

●この機会に 悪いところは全部治したい・今回は応急処置だけ

●治療費について 保険診療のみ 自費治療も考えている

●ご予約の際のご都合のよい時間は 午前中 時頃・午後 時頃・シフト制・何時でもよい
曜日 (月火水木金土)

●治療説明は希望しますか (はい・いいえ) レントゲン・モニター・DVD・検査結果・写真・手鏡を見て

●診療および当医院への希望とご意見 なし・あり ()