

予 診 表

ふりがな
氏 名

男・女（ 才 ）

明・大
昭・平

年 月 日

住 所

TEL (自)

(携)

勤務先

TEL

ご紹介者

様

どうなさいましたか

- むし歯の治療をしたい 検査をしてほしい 歯石をとりたい
つめ物・冠が外れた 義歯を入れたい 歯並びが気になる
その他（ ）

どこが痛みますか

- | | | | | |
|----------------------------|-----------------------------|--------------------------------|----|----|
| <input type="checkbox"/> 歯 | <input type="checkbox"/> 歯肉 | 右上 | 上前 | 左上 |
| <input type="checkbox"/> 頬 | <input type="checkbox"/> 顎 | 右下 | 下前 | 左下 |
| <input type="checkbox"/> 唇 | <input type="checkbox"/> 舌 | <input type="checkbox"/> 痛みはない | | |

痛みはどのくらい前からですか

- 今日はじめて 日前から 週間前から

歯を抜いたことがありますか

- ない ある その時異常は ない ある

麻酔注射をしたことがありますか

- ない ある その時異常は ない ある

薬をのんで副作用を
起こしたことがありますか

- ない 胃が痛くなる 発しんができる かゆくなる
その他（ ）

現在の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 胃腸 アレルギー
貧血症 高血圧 低血圧 糖尿 血液疾患
喘息 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（ 月 ） わからない
 <治療期間中に妊娠された方はお知らせ下さい>

治療の範囲について

- 悪いところはすべて治療したい
今現在困っているところだけを治療したい

治療について

- 保険の範囲内で治療したい
なるべく保険で、保険のきかない所は自費でも良い
先生と相談して決めたい

その他、何かありましたら
ご自由にお書き下さい

年 月 日



医療法人社団
小松歯科医院
TEL 047-392-4180