予　診　表

No. ＿＿＿＿　おなまえ ＿＿＿＿＿＿＿＿ 様

お電話
自　宅　（　　）＿＿＿＿＿＿
勤務先　（　　）＿＿＿＿＿＿

1 どうなさいましたか

☐ ムシ歯の治療をしたい　☐ 歯ならびを治したい
☐ 義歯を入れたい　☐ 検査をしてほしい
☐ 歯の清掃をしてほしい　☐ その他（　　）

2 どこが気になりますか

右上	上前	左上
右下	下前	左下

☐ 歯　☐ 舌　☐ 歯肉
☐ 唇　☐ 頬　☐ 顎

3 今までに麻酔注射をしたり、歯を抜いた時に異常はありましたか

☐ 異常なかった

☐ 麻酔や歯を抜いたことはない
☐ 気分が悪くなった
☐ 熱が出た
☐ 貧血・めまいを起こした
☐ アレルギーが出た
☐ 抜歯後、腫れた
☐ 血が止まらなかった
☐ その他（　　）

4 現在常用している薬はありますか

☐ ない

☐ ある
＊ 薬品名（　　）

5 薬を飲んで副作用はありますか

☐ ない

☐ 胃が痛くなる
☐ 発疹ができる
☐ かゆくなる
☐ その他（　　）
＊ 副作用のあった薬名・種類
（　　）

6 アレルギーや特異体質はありますか

☐ ない

☐ かぶれやすい
☐ ぜんそくがある
☐ じんま疹が出る
☐ 鼻がつまる
☐ その他（　　）

7 現在、または過去一年以内に医者にかかったことがありますか

☐ ない

☐ ある
（　　病院／医院　　科）

8 内科的な病気はありますか
＊女性の方のみ ……

☐ ない

☐ 心臓　☐ 腎臓　☐ 高血圧
☐ 肝炎　☐ 糖尿　☐ 低血圧
☐ 妊娠中（　　ヶ月）　☐ その他

9 どのようにして当院をお知りになりましたか

☐ 同じ職場の方の紹介　☐ 友人・知人の紹介
＊ ご紹介者名（　　様）
☐ 家族に聞いた　☐ 町内会の掲示板下の看板を見た
☐ 通りがかりに見かけて　☐ 他の病院・医師に紹介された
☐ その他（　　）

10 あなたが診療を予約されている日時よりも早い日や時間帯が、キャンセルで空いた場合、電話連絡を希望されますか

☐ はい　☐ いいえ