

※来院時ご持参下さい

# 予 診 表

記入日 \_\_\_\_\_

フリガナ \_\_\_\_\_  
 お名前 \_\_\_\_\_ (男・女) 生年月日 明・大・昭・平 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日生 ( \_\_\_\_\_ 歳)

職 業 \_\_\_\_\_ 勤務先 \_\_\_\_\_ 勤務先住所 \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

住 所 〒 \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ 緊急連絡先 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

どのようにして《 ナガタ歯科 》をお知りになりましたか？

- ①以前から通院していた ②ご家族の紹介 ( \_\_\_\_\_ 様) ③知人の紹介 ( \_\_\_\_\_ 様)  
 ④看板を見て ⑤当院のHPを見て ⑥公的情報を見て ⑦通院しやすい場所だから ⑧前を通ってみて  
 ⑨その他 ( \_\_\_\_\_ )

どうなさいましたか？	歯が ……【 痛い・かけた・取れた・その他 ( _____ ) 】 歯肉が ……【 痛い・腫れた・出血する・その他 ( _____ ) 】 入れ歯が ……【 痛い・こわれた・その他 ( _____ ) 】 検査してほしい ……【 定期健診 ・ 細菌検査 ・ 口臭 ・ ムシ歯 ・ 歯肉 ・ 歯並び 】 歯の清掃をしてほしい【 歯石 ・ クリーニング ・ ホワイトニング 】 歯並びを治したい・その他 ( _____ )		
具合の悪いところはどこですか？	右上   上前   左上 右下   下前   左下	1. 歯    2. 舌    3. 唇    4. 歯肉    5. あご 6. 親しらず    7. ほほ    8. 入れ歯    9. 詰め物が取れた 10. 口臭    11. その他 ( _____ )	
麻酔をしたことがありますか？	ない    ある	1. 何でもなかった    2. 貧血をおこした 3. 少し気分が悪かった    4. ショックをおこした	
出血を伴う処置を受けたことがありますか？	ない    ある	1. 何でもなかった    2. 何日も痛んだ    3. 血が止まらなかった 4. はれた    5. 熱がでた	
現在あるいは過去に全身的な疾患はありますか？	ない    ある	脳血管疾患 ・ 心疾患 ・ 血圧 ・ 肝臓 ・ 腎臓 ・ 糖尿病 ・ 甲状腺 血液 ・ 貧血 ・ 蓄膿症 ・ 骨粗鬆症 ・ その他 ( _____ ) 今は告知したくない 通院中の医療機関名 ( _____ 診療科 _____ ) 担当医名 ( _____ ) 今、飲んでいる薬があれば詳しく書いてください ( _____ )	
特異体質やアレルギーは？	ない    ある	1. かぶれやすい    2. ぜんそく    3. 血がとまりにくい 4. じんま疹がでる    5. アトピー    6. 花粉症    7. 息苦しくなる	
お医者さんから止められている薬は	ない    ある	どんな種類の薬ですか？(薬名など詳しく書いてください) ( _____ )	
その他特別なことは？	ない    ある	妊娠の可能性がある・妊娠 _____ カ月・授乳中・その他 ( _____ )	
この機会に	1. 悪い所は全部治したい    2. 痛い所だけ    3. 相談の上治療したい		
治療について	1. 保険のきく範囲で    2. なるべく保険で、保険でできない診療は自費負担でも 3. 保険をはなれて最上の治療をしてほしい		
診察時間のご希望は？	1. 特になし    2. 午前・昼・午後・夕方    3. 曜日の希望 _____		
その他ご希望は？	_____		