

予 診 表



年 月 日

ふりがな
氏 名

生年月日 西暦 年 月 日

住 所

電話 (自) _____ 携帯 _____

紹介者 _____

お答えは○で囲んで下さい。

(1) そうなさいましたか？

歯がいたい 歯ぐきがはれた 義歯がこわれた 歯が欠けている
歯ならびが悪い アゴがいたい つめものがとれた その他

(2) 今までにかかった病気

心 腎 肝 糖尿 高血圧 リウマチ その他 _____

(3) 現在の一般健康状態は？

普通 疲れやすい よくない (病名 _____) 妊娠中
例えば：昨夜眠れなかった 食欲がない 食べ物の味がわからない

(4) あなたの体質は？

アレルギー ぜんそく しっしん じんましん

(5) 体に合わない薬がありますか？

ある (麻酔薬 抗生物質 ピリン系薬剤 その他)
ない

(6) 現在飲んでいる薬は？

飲んでいない
ステロイド 降圧剤 抗てんかん財 その他

(7) 歯を抜いた時の異常

飲んでいない
血が止まりにくい 熱がでた 貧血を起こした

(8) あなたのかかりつけのお医者さんがあれば、_____ 病 (医) 院

(9) その他、お解りにならない事はご遠慮なくお尋ね下さい。

中 台 寿 一 歯 科 医 院

確 認	
--------	--