

< 予診票 >

平成 年 月 日

- 歯科治療の経験はありますか？ はい いいえ
- 抜歯や歯科的手術の経験はありますか？ はい いいえ
- 麻酔時に気分が悪くなった事がありますか？ はい いいえ
- 現在、他のお医者にかかっていますか？ はい いいえ
- 内科の病気はありますか？ はい いいえ
【心臓病・脳梗塞・高血圧・糖尿病・癌・肝炎・骨粗鬆症・精神症】
- 現在何かお薬を飲んでいますか？ はい いいえ
お薬の名前は？ _____
- お薬のアレルギーや副作用はありますか？ はい いいえ
お薬の名前は？ _____
- 以下のお薬を使用していませんか？ 飲まれている物にチェックを！
【心臓病の薬】【脳梗塞の薬】【血圧の薬】【糖尿病の薬】【癌の薬】
【肝臓の薬】【骨粗鬆症の薬】【精神の薬】【その他の薬】
- タバコは吸いますか？ はい いいえ
- 妊娠 またはその疑いがありますか？ はい いいえ
妊娠中（ 月）
- かかりつけのお医者があれば書いて下さい _____ 医院
_____ 先生
- 今日のお体の調子はどうですか？ 良い 悪い

- 当院をお知りになったきっかけは何でしたか？
 ホームページを見て お知り合いから聞いて 通りすがりに

その他気になる事 治療に対して御希望等ありましたらお書きください

お名前 _____

お電話（自宅） _____

携帯 _____