

# 予診表 平沼歯科医院 080-5480-4182

平成 年 月 日 No.

氏名	様	生年月日 MTSH	年 月 日 ( 歳)	血液型	型
住所			TEL ( )		
勤務先			TEL ( )		
E-mail					

次の質問はあなたの診療のための大切な参考資料です。  
プライバシーは厳守いたしますので、出来るだけ正確にお答えください。

<p>★来院された理由は？</p> <p>1. 虫歯がある    2. 歯が痛い (冷たいものにしみる・温かいものにしみる・ズキズキする・噛むと痛い)</p> <p>3. 歯並びが気になる    4. 歯の色が気になる    5. 口臭が気になる    6. 歯肉からの出血が気になる</p> <p>7. 歯肉が腫れて痛い    8. 歯がグラグラして噛めない    9. 入れ歯を作りたい    10. ブリッチを入れたい</p> <p>11. インプラントをしたい    12. クリーニングをしたい    13. ホワイトニングをしたい</p> <p>14. 検診    15. その他 ( )</p>
<p>★現在の健康状態は？</p> <p>1. 健康    2. 不良    3. 薬を飲んでいる (薬品名 )</p> <p>4. 通院中 (病名 )    5. 妊娠中 ( ヵ月)    6. 喫煙する</p>
<p>★今までに次の病気をされたことがありますか？</p> <p>1. 心臓病    2. 肝臓病    3. 腎臓病    4. 糖尿病    5. 血液病 (血が止まりにくい)</p> <p>6. 高血圧    7. 低血圧    8. 喘息    9. てんかん    10. 脳卒中    11. 甲状腺の病気</p> <p>12. その他 ( )</p>
<p>★血圧を最近測りましたか？    はい ( ) ~ ( )    いいえ</p>
<p>★歯科で口の中に注射 (麻酔) をされたことがありますか？    ある    ない</p>
<p>★その時何か異常は？    あった ( )    ない</p>
<p>★抜歯の経験はありますか？    ある    ない</p>
<p>★その時何か異常は？    あった ( )    ない</p>
<p>★特異体質やアレルギーはありますか？</p> <p>ある (    薬剤名    )    ない</p>
<p>★鎮痛薬 (痛み止め) や抗生物質 (化膿止め) で何か異常が出たことがありますか？</p> <p>ある (    )    ない</p>
<p>★治療について</p> <p>1. 悪いところは全て治したい</p> <p>2. 主訴のみの治療をしたい</p> <p>3. 応急処置のみ希望</p>
<p>★このホームページを何でお知りになりましたか？</p>
<p>★その他、ご希望がありましたら、何でもご記入ください</p>

平沼歯科医院 080-5480-4182

千葉県東金市田間 486-1

診療時間 / 平日 午前 9:30 ~ 1:00 午後 2:30 ~ 6:30  
土曜 午前 9:00 ~ 12:00 午後 1:00 ~ 4:00

休診日 / 木曜・日曜・祭日

最寄駅 / 東金駅

