

ソフィアデンタルクリニック

予診表 I

No. _____

予診表は、あなたの診療のための大切な参考資料です。あなたのプライバシーは厳守致しますので、できるだけ正確にご記入ください。

| | | | |
|------------|--------|------------|---------|
| ふりがな 氏名 | 様 男・女 | 生年月日 大・昭・平 | 年 月 日 才 |
| 住所 | Tel | | |
| 職業 | 勤務先Tel | | |
| 勤務先住所 | 紹介者 | | |

■当院へお見えになったのは、

初めて。 ご紹介者（ ） 以前来たことがある。（ 年 ヶ月位前）

■当院を何で知りましたか。

リーフレット・チラシ ホームページ 看板 その他（ ）

■治療予約時間についてのご希望は、

（ ）曜日 午前・午後（ ）時頃 いつでも良い。

■歯科治療、歯科医院に対するイメージは？

痛い 薬臭い 混んでいる（長く待たされる） 費用が高い（不明瞭）
 緊張（不安） 何をされているかわからない（説明不足）

■今、どのようなことでお困りでしょうか。

歯が（痛い・しみる・かけた・虫歯・動く） 歯肉が（痛い・腫れた・血や膿が出る）
 つめ物やかぶせ物が（はずれた・壊れた） 歯の抜けたところを治したい
 入れ歯が（かめない・合わない・壊れた・あたって痛い・新しく作り直したい）
 虫歯や歯槽膿漏の予防処置をして欲しい 歯列を矯正したい 歯をきれいにしたい
 歯石をとりたい 定期検査のため その他（ ）

■いつ頃からお気づきになりましたか。

（ 日前・ 月前・ 年前）

■特異体質やアレルギーはありますか。

ない。 ある。（ ）

■歯科の局所麻酔注射をしたことがありますか。

ない。 ある。
その際に異常は、 ない。 ある。（ ）

■抜歯をしたことはありますか。

ない。 ある。
①異常はなかった。 ②出血が止まりにくかった。 ③貧血を起こした。
④何日も痛みが続いた。 ⑤その他（ ）

■今までに歯科治療を受けた際、異常はありましたか。

ない。 ある。（ ）

ソフィアデンタルクリニック

予診表 II

No. _____

■今までに大きな病気をしたことや手術を受けたことがありますか。

ない。 ある。

①先天性の病気 ②血液の病気

③心臓血管障害（心不全・心筋梗塞・狭心症・高血圧・動脈硬化症・脳卒中）

④喘息 ⑤じんましん ⑥脳貧血・失神

⑦糖尿病 ⑧か肝炎などの肝疾患 ⑨腎臓病

⑩その他（ _____ ）

■現在治療中の病気はありますか。

ない。 ある。

（病名 _____ ）

（病院名 _____ 主治名 _____ ）

■毎日常用している薬はありますか。

ない。 ある。（ _____ ）

■薬で副作用を起こしたことがありますか。

ない。 ある。

（薬品名 _____ ）

（具体的な症状 _____ ）

■現在の健康状態は、

正常。 良くない。（ _____ ）

妊娠中。（出産予定日 _____ 年 _____ 月 _____ 日）

■血圧は、（最高 _____ /最低 _____ ）

正常 高い 低い 不明

■その他、ご希望がありましたら記入して下さい。

ご協力ありがとうございました。