予　診　表

ふりがな 氏　名	男・女（　　才）明・大 昭・平　　年　　月　　日生
住　所　〒	TEL　自宅
	携帯
勤務先	ご紹介者　　様
どうなさいましたか	□虫歯の治療をしたい　□検査をしてほしい □つめ物・冠が外れた　□歯石をとりたい □義歯を入れたい　□その他（　　）
どこが痛みますか	□歯　□歯肉 □頬　□顎　　右上　上前　左上 □唇　□舌　□痛みはない　右下　下前　左下
痛みはどのくらい前からですか	□今日はじめて　□　　日前から　□　　週間前から
歯を抜いたことがありますか	□ない　□ある　その時異常は　□ない　□ある
麻酔注射をしたことがありますか	□ない　□ある　その時異常は　□ない　□ある
薬をのんで副作用を起こしたことがありますか	□ない　□胃が痛くなる　□発しんができる　□かゆくなる □その他（　　）
現在のんでいる薬はありますか	□ない　□ある（薬品名　　）
現在及び過去にかかった病気はありますか（ありましたか）	□ない　□心臓　□肝臓　□腎臓　□胃腸 □貧血症　□高血圧　□低血圧　□糖尿 □血液疾患　□アレルギー　□その他（　　）
現在、妊娠していますか （女性の方へ）	□いいえ　□している（　　カ月）　□わからない ＜治療期間中に妊娠された方はお知らせ下さい＞
治療について	□保険の範囲内で治療したい □なるべく保険で、保険のきかない所は自費でも良い □先生と相談して決めたい
その他、何かありましたら ご自由にお書き下さい	

年　　月　　日　　さとう歯科医院