

# 予 診 表

パステル歯科医院

(フリガナ)		男	生年月日 (満 歳)
お名前		女	明・大・昭・平 年 月 日
ご住所	〒	被保険者との続柄	
勤務先	ご職業	お電話番号 ( )	
		勤務先お電話番号 ( )	

当院におみえになったのは

知人からの紹介  家族の紹介  ホームページ(  PC  スマートフォン )

道路看板を見て  院前をとおって  EPARKを見て

他の医療機関からの紹介(病院/診療所名 )

その他( )

ご紹介者があればお書きください

様

どうなさいましたか

歯が痛い  ムシ歯の治療をしたい  歯の清掃をしてほしい

入れ歯の具合が悪い  歯並びをなおしたい  歯ぐきから血が出る

口臭がある  親知らずを抜いて欲しい  その他( )

どこがお痛みですか

左上	上前	右上	<input type="checkbox"/> 歯	<input type="checkbox"/> 歯肉
左下	下前	右下	<input type="checkbox"/> あごの関節	<input type="checkbox"/> その他( )

痛み方は

今日はじめて  数日前から  ずっと痛い  時々痛い

ズキズキ痛い  何となく痛い  冷たい物がしみる  熱い物がしみる

歯の治療を受けたのは

( )ヶ月前  ( )年前  治療したことがない

そのときは治りましたか

治った  途中で止めた  その他( )

麻酔の注射をしたことがありますか

ない  ある ➡ その時異常は  ある  ない

歯を抜いたことがありますか

ない  ある ➡ その時異常は  ある  ない

今まで薬を飲んで副作用がでたことがありますか

ない  ある 薬品名 \_\_\_\_\_

現在飲み続けている薬はありますか

ない  ある 薬品名 \_\_\_\_\_

これまで病気にかかったことはありますか

ある (  心臓病  腎臓病  肝臓病  糖尿病  高血圧 )

ない (  その他/病名( ) )

特異体質やアレルギーはありますか

ある (  かぶれやすい  ぜんそく  じんましん  アトピー )

ない (  薬( )  注射・食事( ) )

現在の健康状態は

良好  普通  悪い

妊娠中  授乳中  その他( )

治療に対する希望

治療範囲は  痛いところだけ治療したい  悪い所は全部治療したい

保険外での治療は  希望しない  希望する  説明を受けてから決定

来院時間の希望  特にない  午前  午後  月  火  水  金  土

その他に希望はございますか

[ \_\_\_\_\_ ]