

# この歯科医院 予診票

受付日 年 月 日

フリガナ		性別	生年月日 大正・昭和・平成
氏名		男・女	年 月 日
住所	〒		自宅 ( ) 携帯 ( )
勤務先 学校			TEL

以前に治療を受けられたのはどのくらい前ですか？ 約 年 ヶ月前

当院を何でお知りになりましたか？

知人の紹介（ご紹介者名： ）看板を見て・インターネットを見て・近所  
治療を希望される歯科医師がおりましたらご記入ください。（歯科医師： ）  
本日はどうなさいましたか？

( )

その症状はいつ頃からですか？

( )

血が出て止まりにくかったことがありますか？ はい いいえ

歯を抜いたことがありますか？ はい いいえ

歯科医院で麻酔注射をしたことがありますか？ はい いいえ

過去に麻酔で気分が悪くなるなどの異常がでたことがありますか？ はい いいえ

薬を使って、かぶれ、しびれ、吐き気などが起きたことがありますか？ はい いいえ

全身状態 糖尿病 高血圧 呼吸器疾患 心血管疾患 妊娠または授乳中

骨粗鬆症 腎疾患 肝臓疾患 胃腸障害 脳疾患 その他 ( )

かかりつけ医院名 ( )

服薬歴 薬剤名 ( )

生活習慣の状況 ・1日の歯磨き回数 ( ) 回

・歯磨きの時間 朝食後 昼食後 夕食後 就寝前

・習慣的飲料物 炭酸飲料 ジュース その他 ( )

・間食の取り方 しない 規則正しい 不規則

・歯口清掃器具の使用 歯ブラシ フロス 歯間ブラシ なし

・喫煙習慣 無し 有り 過去にあり

・睡眠時間 十分 やや不足 不足

・歯磨き方法 習ったことがある 習ったことがない

その他ご希望がございましたらご記入ください。

( )