

予 診 録

平成 年 月 日

ふりがな 氏名		男・女	電話	自宅 —
自宅住所			番号	勤務先 —

お尋ね事項	お答え (該当の数字に○または記入してください)
当院ははじめてですか	1. はじめて 2. 前に来たことがある (平成 年 月頃)
どうなさいましたか	1. むし歯の治療をしたい 2. 歯周病(歯槽膿漏)の治療をしたい 3. 義歯を入れたい 4. 歯ならびをなおしたい 5. その他 ()
歯科麻酔をしたことがありますか	1. ない 2. ある 1. 異常はなかった 2. 気分が悪くなった 3. 頭痛があった 4. 麻酔がきかなかった 5. その他 ()
歯を抜いたときの異常は	1. ない (最近抜いたのは:平成 年 月頃) 2. ある 1. 気分が悪くなった 2. 血がとまらなかった 3. 熱が出た 4. 何日も痛みが続いた 5. その他 ()
あなたの健康状態は	1. 普通 2. 検査で注意されたことがある 3. 生理中 4. 妊娠中 (ヶ月) 5. その他 ()
血圧は	1. 普通 2. 高い 3. 低い 4. わからない
あなたの体質は	1. 普通 2. 薬の副作用やしっしの経験がある 3. わからない 4. その他 ()
	使えない薬は 1. 麻酔薬 2. 抗生物質 3. ピリン系薬剤 4. その他 ()
現在治療中の病気は	1. ない (最近かかった病気は:病名) 2. ある 1. 心臓病 2. 高血圧症 3. 腎臓病 4. 肝炎 5. 糖尿病 6. リウマチ 7. ぜんそく 8. その他 ()
病院および主治医は	病院 先生 病院 先生
診療についてのご希望	1. 悪い所は全部なおしたい 2. 今痛んでいる歯だけをなおしたい 3. その他ご希望は ()

福岡県歯科医師会制定