予診表

年　月　日

フリガナ		性別	生　年　月　日	年齢
お名前		男　女	明・大・昭・平　年　月　日	歳
現住所	〒　－　　電話　（　）			
勤務先（学校）	〒　－　　電話　（　）	職業		
当院を知ったきっかけ	□知人からの紹介　ご紹介者　（　様） □医院を直接見て　□インターネット　□パンフレット　□タウンページ □その他　（　）			

次の事柄は、よりよい診療を行うための大切な資料となります。お手数ですが該当するものにチェックをつけてお答えください。　尚、問診表に記入された個人情報は秘密厳守いたします。

どうしましたか？	□歯が痛い　□歯ぐきが痛い　□つめ物がとれた　□検診してほしい □歯のクリーニング　□その他（　） □歯並びの相談 □歯の色が気になる
次の病気にかかったことは	ない　・　ある　□心臓病　□高血圧（　/　）□肝臓　□腎臓 □胃腸　□糖尿病　□骨粗しょう症　□蓄膿症 □貧血　□喘息　□アレルギー（　） □その他　（　）
ご家族に肝炎の方が	いない・　いる　（　A型・B型・C型・その他　）
飲んでいるお薬は	ない　・　ある　　薬名　（　）
薬を使って異常は	ない　・　ある　□抗生物質（ペニシリン）□麻酔薬（キシロカイン） □ピリン系（鎮痛剤）　□その他（　）
歯の治療・麻酔・抜歯で具合を悪くしたことが	ない　・　ある　（　）
女性の方に	□妊娠　　ヶ月　　□授乳中
治療前の検査について	□最低限でよい　□なるべく詳しく検査をしたい　□相談して決めたい
治療範囲について	□今痛い所だけでよい　□悪い所は全部治したい　□相談して決めたい
治療方法について	□健康保険の範囲で治したい。他の治療法の説明は必要ない □なるべく保険で、必要に応じ自費診療等の説明をして欲しい □多少費用がかかっても、より良い治療法を取って欲しい
歯の治療に不安はありますか？	□非常に不安である　□少し不安がある　□あまり感じない
どういうことが不安ですか？	□麻酔等の注射　□費用　□その他（　） □歯を削る音
予約時間について	□いつでも来られる □来られる時間が限られる　（　）
ご要望がありましたらお書き下さい	

Tanimoto Dental Clinic
タニモト歯科クリニック