年　　月　　日

歯科・口腔外科予診票

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　　年齢＿＿＿＿＿歳

＊＊下記の該当事項の番号に〇をつけてください＊＊

当科で受診された事は		はじめて　　前に来た事がある　＿＿＿ヶ月位前　＿＿＿年位前
来院された理由は		1. 歯が痛い　2. 歯の清掃　3. はれている 4. つめたものがとれた　5. 義歯をいれたい　6. あごが痛い 7. 他院からの紹介（　　）　8. しみる 9. その他（　　）
痛みかた	いつから	1. 今日　2. 昨日　3. ＿＿＿＿日前から　4. 時々
	今は	1. 痛くない　2. 少し痛い　3. がまんできぬ程痛い
	どこが痛みますか	
今までに治療又は歯を抜いたときの異常はありましたか		1. 血が止まらない　2. 貧血　3. 麻酔がきかない　4. 発熱 5. その他 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿.
内科的疾患		1. 高血圧　2. 心臓病　3. 腎炎　4.糖尿病 5. 血液病　6. 肝炎 7. その他 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ ●医療機関名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ ●担当医 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
その他、特別の事は		1. 妊娠中（　　ヶ月） 2. 薬を飲んでいる ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 3. 薬剤アレルギー（ 有 ・ 無 ） （ 麻酔薬 ・ 抗生物質 ・　　）
治療に際しての御希望		1. 悪い所は全部調べて治療してほしい。 2. 今、痛んでいる所だけ治療してほしい。 3. 今回は応急処置だけでよい。 4. その他 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
治療費についての御希望		1. 保険の範囲内で治してほしい。 2. なるべく保険で、保険できかぬ所は自費でもかまわない。 3. 自費で良いから最上の資材と方法で治してほしい。
予約時間に関しての御希望		1. いつでも来院できる。 2. 午前中がよい。　3. 午後がよい。 4. その日によって異なるので、その都度受付で相談の上決めたい。
その他　ご希望は？		

東京高輪病院