

# 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○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<br>4. つめたものがとれた    5. 義歯をいれたい    6. あごが痛い<br>7. 他院からの紹介 ( _____ )    8. しみる<br>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 | 1. 前歯    2. 臼歯 (奥歯)    3. 歯肉<br>4. 顎関節    5. 舌    6. 口腔内全体   |          |           |
| 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<br>5. その他 _____   |          |           |
| 内 科 的 疾 患                 |          | 1. 高血圧    2. 心臓病    3. 腎炎    4. 糖尿病<br>5. 血液病    6. 肝炎<br>7. その他 _____<br><br>●医療機関名 _____<br>●担 当 医 _____                     |          |           |
| その他、特別の事は                 |          | 1. 妊娠中 ( _____ヶ月)<br>2. 薬を飲んでいる _____<br>3. 薬剤アレルギー (有・無)<br>(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。<br>2. 今、痛んでいる所だけ治療してほしい。<br>3. 今回は応急処理だけでよい。<br>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。<br>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。<br>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。<br>2. 午前中がよい。    3. 午後がよい。<br>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 御希望は?                 |          |  |          |           |