

# 歯科予診表

年 月 日

紹介者

氏名

生年月日

〒

住所

電話番号

\* お答えは○で囲んでください \*

\* どこが痛みますか? 歯が痛い 歯ぐきが痛い 歯が動く 詰めものがとれた

はれた歯ぐきから血が出る 入れ歯が痛い

\* いつから痛みますか? 今日から 昨夜から ( ) 日前から

\* 痛み方は? 痛んだりやんだり ズギズキ痛い かむと痛い  
重苦しく痛い しみる(冷・熱・甘)

\* 歯を抜いた時の異常 なかった 血がとまりにくい 熱が出た  
麻酔がきかない 脳貧血 麻酔の注射で気分が悪くなった

\* 最後に歯科へ通われたのは ( ) 年前頃  
いつですか? 歯科医院名 ( ) 歯科医院

\* 血圧は? 正常 高い ( / ) 低い ( / )  
わからない

\* あなたの体質は? アレルギー(麻酔薬・抗生物質・ピリン系薬剤)  
その他の薬品 ( )  
ぜんそく・じんましん

\* 最近どんな薬品をお飲みですか? 飲んでいない ホルモン剤 ステロイド剤 抗凝固剤  
骨粗しょう症治療薬 その他 ( )

\* 今までにかかった病気 心臓・がん・腎臓・高血圧・耳鼻科疾患・その他 ( )  
肝炎(A型・B型・C型) その他  
かかりつけ医院・病院名 ( ) 医院・病院

記入者氏名

香里ヶ丘有恵会病院 歯科