☆ ふるた歯科 予診表 ☆

H＿＿年＿＿月＿＿日

当院は初めてですか　・ はい　・いいえ(以前かかっていた)

当医院が、オンライン資格確認で、あなたの薬剤情報、受診歴、健診歴、その他必要な情報を取得することに同意しますか? はい ・ いいえ

患者氏名（フリガナ）　男・女	紹介者氏名
生年月日　S.H.R　年　月　日 生	年齢　才（　ヶ月）
住所（〒　－　）	自宅電話　（　）
マンション・アパート名　号室	他の連絡先　（　）

どうされましたか	□ 検査してほしい　□ 虫歯を治療したい　□ 歯肉が腫れた □ つめものがとれた　□ さし歯がとれた　□ 義歯がこわれた □ 歯の清掃をしたい（白くしたい）　□ 義歯を入れたい（合わない） □ 永久歯が出てきた　□親知らずが痛い　□顎が痛い □ その他（　）
痛みますか	□ 痛くない　□他の症状（　） □ **痛い**　どこが　右上｜上前｜左上　□ 歯　□ 歯肉　□ 顎 右下｜下前｜左下　□ 頬　□ 唇　□ 舌 痛み方は　□ ズキズキ痛い　□ 歯を合わせると痛い □ 凍みて痛い　□ 時々痛む
歯を抜いたことがありますか	□ ない □ **ある** ┈┈ □ 乳歯　□ 永久歯　□親知らず
歯を抜いたとき異常がありましたか	□ ない □ **あった**　□血が止まらなかった　□貧血　□その他
薬を飲んで副作用はありませんか	□ ない □ **ある** ┈┈ 薬品名: ＿＿＿＿＿＿ 症状：＿＿＿＿＿＿
今 現在、薬をのんでいますか	□ ない □ **いる**　薬品名: ＿＿＿＿＿＿ 何のため: ＿＿＿＿＿＿
内科的な病気はありませんか	□ ない □ **ある**　□心臓病 □ 肝臓病 □ 腎臓病 □ 喘息□ アレルギー □胃潰瘍 □リウマチ□ 血液疾患 □ 脳血管障害 □ 神経症 □ 糖尿病 □ 高血圧 □骨粗鬆症　□HIV　□膠原病　□バセドウ病　□橋本病 その他　**病名：**＿＿＿＿＿＿ かかっている病院：＿＿＿＿＿＿　電話番号 ＿＿＿＿＿
妊娠中ですか	□ いいえ　□ **はい** ＿＿＿ヶ月　予定日:H＿年＿月＿日
診療に対する希望	