

# 診 療 準 備 票

ふりがな		男・女	生年月日	大・昭・平 年 月 日	年齢	才
患者氏名						
現住所	〒			自宅電話	( )	
職業		勤務先		携帯番号	( )	
紹介者	今までに当医院で治療を受けたことがありますか				1 ある( 年 月頃) 2 ない	
あなたが来院された理由は？ (例、口もとが気になる、虫歯が痛んでいる)						
治療のために必要ですので正確にお答え下さい						
歯科の治療について						
1. 以前に麻酔をしたことがありますか		はい	いいえ			
2. 麻酔注射をした時に何か異常がありましたか		はい	いいえ			
3. 抗生物質で異常があったことがありますか		はい	いいえ			
4. 過敏な薬がありましたらお名前をお書き下さい ( )		はい	いいえ			
5. 現在服用されているお薬があればお書き下さい ( )						
6. 血が止まりにくかった事がありますか(歯科治療にかぎらず)		はい	いいえ			
7. 治療中に脳貧血をおこした事がありますか		はい	いいえ			
現在のあなたの身体の状態は？						
1. 特に異常なし		・保険外(自費)の治療の説明をご希望されますか？				
2. 心臓病		はい	いいえ	わからない		
3. 高血圧 ( ~ mmHg )		・必要であれば保険外(自費)での治療でもしますか？				
4. 妊娠 ( 週 ) ・ 授乳中		はい	いいえ	わからない		
5. 貧血		・その他、ご要望あればお聞かせ下さい。				
6. 糖尿病						
7. 腎臓病						
8. 肝臓病						
9. ぜん息						
10. その他 ( )						
記入者氏名		再来時 チェック	/	/	/	/