診 療 準 備 票

ふりがな		男・女	生年月日	大・昭・平　年　月　日		年令	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
2. 心臓病
3. 高血圧　（　　～　　mmHg　）
4. 妊娠　（　　週　）・　授乳中
5. 貧血
6. 糖尿病
7. 腎臓病
8. 肝臓病
9. ぜん息
10. その他
    （　　）

・保険外（自費）の治療の説明をご希望されますか？
　はい　いいえ　わからない

・必要であれば保険外（自費）での治療でもしますか？
　はい　いいえ　わからない

・その他、ご要望あればお聞かせ下さい。

記入者氏名		再来時チェック	／	／	／	／