

予 診 票

氏名 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_ 電話 \_\_\_\_\_

勤務先 \_\_\_\_\_ 電話 \_\_\_\_\_

次の質問に○でお答えください

今までに歯科治療の経験は.....なし、ある、通院中

現在他の医療機関に通院中ですか・・はい、 いいえ

\_\_\_\_\_ 医 院

はい いいえ

1 大病経験がありますか .....( ) ( )

2 糖尿病ですか .....( ) ( )

3 高血圧または低血圧ですか・・( ) ( )

4 アレルギーですか .....( ) ( )

5 抜歯経験がありますか.....( ) ( )

6 ケガをして血が止まりにくいですか ( ) ( )

7 常用している薬がありますか ( ) ( )

8 妊娠していますか .....( ) ( )

9 生理中ですか .....( ) ( )