

予診票

| | | | | | | |
|------------|-----------------|----------|----------|---|---|-------|
| ふりがな 氏名 | | 生年月日 | 昭和 平成 | 年 | 月 | 日 (才) |
| 住所 | 〒 電話 - - | | | | | |
| 妊娠 週 | 出産予定日 | 平成 年 月 日 | | | | |

* お体の状態

1) 現在、産科以外でお医者様にかかっていたり、以前に通院や入院をしたことがありますか

はい ・ いいえ

はい と答えた方にお尋ねします それはどんな病気ですか

- 高血圧 不整脈 糖尿病 喘息 心臓疾患
 脳梗塞 肝臓疾患 腎臓疾患 その他

2) 食べ物やお薬でアレルギーがありますか はい ・ いいえ

3) 歯科の麻酔で異常を認めたことがありますか はい ・ いいえ ・ 麻酔をしたことがない

4) 抜歯のとき、異常を認めたことがありますか はい ・ いいえ ・ 抜歯をしたことがない

5) 産科で異常を認めたことがありますか はい ・ いいえ

* 患者様アンケート

1) 健診にあたって 健診のみ希望 悪いところがあれば治療も希望 クリーニング希望

2) 診療回数・時間 診療時間が短い方がいい 診療回数が少ない方がいい
 特に希望はない

3) 診療日時 () 曜日を希望 () 時頃を希望
 特に希望はない

4) 他にお子様のいらっしゃる方に

① お子様は何歳ですか? ()

② お子様のお口の中の状態はいかがですか? 悪いところがある 問題ない わからない

5) 歯科にかかるにあたって心配なこと、希望、聞いておきたいことがあればお書きください