

記入日 年 月

# 予 診 票

ふりがな  
〔名前〕

〔郵便番号〕 〒 ー 〔緊急連絡先 電話番号〕

〔住所〕

〔職業〕 〔紹介者〕

## ① 現在の健康状態

良 普通 悪い 妊娠中（ ケ）

## ② 現在、病院や医院に通院していますか？

※服用中のお薬があれば、空いているところ

いいえ はい（ 医院

## ③ 次の病気をしたことがありますか？

※ペースメーカーを使用中の方は、

心臓病 肝臓病（肝炎） 腎臓病 脳・血管障害  
胃腸病 糖尿病 蓄膿症 ぜんそく  
じんましん 高血圧症 骨粗鬆症（内服・注射）

## ④ 歯を抜いたことがありますか？

はい いいえ

## ⑤ 薬や麻酔に対してアレルギーがありますか？

いいえ 系の薬)

## ⑥ 現在喫煙をされていますか？

いいえ はい（1日に 本程度を 年

## ⑦ 血圧の数値

正常 高い 低い わからない

## ⑧ 少しの傷で出血した場合血液は

止まり易い 止まりにくい 高野歯科医院