

# 予 診 表

年 月 日

ふりがな		大 昭 平	
お名前	男 女		
ご住所 〒		年 月 日 ( 才 )	
		連絡先	<input type="checkbox"/> 自宅・携帯・会社 ( ) <input type="checkbox"/> アドレス @docomo・au・softbank・i.softbank
お勤め先		ご職業	

どうなさいましたか？	〈歯〉 <input type="checkbox"/> 虫歯の治療をしたい <input type="checkbox"/> 詰め物・かぶせ物が取れた <input type="checkbox"/> 歯がしみる <input type="checkbox"/> 痛い <input type="checkbox"/> 治療途中の歯を治したい
	〈歯ぐき〉 <input type="checkbox"/> 血が出る <input type="checkbox"/> 腫れている <input type="checkbox"/> 歯石をとりたい <input type="checkbox"/> 痛い <input type="checkbox"/> 口臭が気になる
	〈あご〉 <input type="checkbox"/> 口が開かない <input type="checkbox"/> 痛い <input type="checkbox"/> 音がする <input type="checkbox"/> 歯ぎしり
	〈その他〉 <input type="checkbox"/> 定期検診 <input type="checkbox"/> クリーニング <input type="checkbox"/> 歯を白くしたい <input type="checkbox"/> 矯正 <input type="checkbox"/> 入れ歯が合わない
具合の悪い所はどこですか？	右上 上の前歯 左上 右下 下の前歯 左下
お痛みのある方のご記入下さい。	・いつ頃からですか？ ( ) 日前 ( ) ケ月 その他 ( ) ・どのような痛みですか？ <input type="checkbox"/> しみる (冷たいもの・熱いもの) <input type="checkbox"/> ズキズキ痛い <input type="checkbox"/> 咬むと痛い <input type="checkbox"/> 時々痛い
最後に歯科医院で受診されたのはいつですか？	( ) 年前、 ( ) ケ月前
麻酔注射や歯を抜いたりした時に異常はありませんでしたか？	<input type="checkbox"/> 麻酔や歯を抜いた事がない <input type="checkbox"/> 異常がなかった <input type="checkbox"/> あった (症状: )
特異体質やアレルギーはありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 湿疹 <input type="checkbox"/> アトピー <input type="checkbox"/> 食物アレルギー <input type="checkbox"/> その他 ( )
内科的な病気はありますか？(以前にかかったことのある場合もご記入下さい)	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 肝炎 ( 型 ) <input type="checkbox"/> 腎臓疾患 <input type="checkbox"/> 胃腸疾患 <input type="checkbox"/> 血液疾患 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 梅毒 <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> てんかん症 <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 低血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> リウマチ <input type="checkbox"/> 狭心症 <input type="checkbox"/> 歯科治療が怖い <input type="checkbox"/> その他 ( )
現在、通院している病院はありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (病院名 ) (通院理由 )
現在飲んでいる薬は？	(薬名 ) 副作用のでた薬はありますか？ (薬名 )
妊娠はしていますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 妊娠している → ( ) 週 <input type="checkbox"/> 妊娠している可能性がある
治療についての希望	<input type="checkbox"/> 悪い所は全部治療したい <input type="checkbox"/> 痛い所だけ治療したい <input type="checkbox"/> 相談したい
治療方法について	<input type="checkbox"/> すべて健康保険内の治療を希望 <input type="checkbox"/> 一部自費治療でもよい <input type="checkbox"/> 最も良い材料と方法を希望 <input type="checkbox"/> 相談したい
興味のある治療について	<input type="checkbox"/> 歯ブラシ指導 <input type="checkbox"/> クリーニング <input type="checkbox"/> PMTC <input type="checkbox"/> フッ素塗布 <input type="checkbox"/> ホワイトニング <input type="checkbox"/> 3 DS <input type="checkbox"/> スポーツ用マウスピース <input type="checkbox"/> 歯ぎしり用マウスピース <input type="checkbox"/> 審美歯科 <input type="checkbox"/> 矯正
その他治療についてのご希望はございますか？	
当院を何で知りましたか？	<input type="checkbox"/> 診療所の看板を見て <input type="checkbox"/> 電話帳などを見て <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> 知人の紹介 (ご紹介者 )