

# 予 診 表

年 月 日

ふりがな		大 昭 平		年 月 日 ( 才 )	
お名前	男 女				
ご住所 〒			連 絡 先	<input type="checkbox"/> 自宅 ( )	
				<input type="checkbox"/> 携帯 ( )	
				<input type="checkbox"/> 会社 ( )	
お勤め先			ご職業		

どうなさいましたか？	<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"/> 健診をしたい <input type="checkbox"/> 歯周病の治療をしたい <input type="checkbox"/> 入れ歯を作りたい <input type="checkbox"/> 歯の清掃をしたい <input type="checkbox"/> 歯並びを治したい <input type="checkbox"/> 歯を白くしたい <input type="checkbox"/> その他 ( )
具合の悪い所はどこですか？	<input type="checkbox"/> 歯 <input type="checkbox"/> 歯ぐき <input type="checkbox"/> 入れ歯 <input type="checkbox"/> あご <input type="checkbox"/> 舌 <input type="checkbox"/> その他
現在痛みはありますか？ <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	<b>《痛みのある方》</b> ・いつ頃からですか？ ( ) 日前 ( ) ヶ月 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？	
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？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 心臓 <input type="checkbox"/> 肝臓 <input type="checkbox"/> 腎臓 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿 <input type="checkbox"/> 貧血 <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 )
現在飲んでいる薬は？	(薬名 ) 副作用のた薬はありますか？ (薬名 )
この機会に…	<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
治療の方法について	<input type="checkbox"/> 治療方法をその都度説明してほしい <input type="checkbox"/> なるべく保険でそれ以外は説明してほしい <input type="checkbox"/> 保険・自費に関係なく最適な治療をしたい <input type="checkbox"/> 保険の範囲で治療したい
治療について	歯を白くするホワイトニングなど審美的な治療にご興味がございますか？ <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 説明を聞きたい
その他治療についてのご希望ございますか？	
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 )