

予 診 表

* 治療上の参考にさせていただきますので、正確にご記入下さい。

NO. _____

年 月 日

フリガナ 氏名				明.大.昭.平 年 月 日 才	血液型: 型 未婚 / 既婚
住所	〒			TEL ()	携帯電話(必須) ()
E-mail				身長: cm	体重: kg
職業		勤務先		会社 TEL	
内科的かかりつけ病院				TEL	

どうなさいましたか	<input type="checkbox"/> 歯が痛い(しみる、ズキズキ痛い、かむと痛い、はれた その他()) <input type="checkbox"/> 義歯があわない / 義歯をいれたい <input type="checkbox"/> 歯並びを直したい <input type="checkbox"/> 歯の掃除をしてほしい <input type="checkbox"/> 検診をしてほしい <input type="checkbox"/> その他()
当医院をお知りになった理由は	<input type="checkbox"/> 看板をみて(どちらの?) <input type="checkbox"/> 建物を見て <input type="checkbox"/> 電話帳をみて <input type="checkbox"/> ホームページをみて <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 家族から聞いて(紹介者:) <input type="checkbox"/> 知人から聞いて(紹介者:)
今までに麻酔注射をして、歯を抜いたときに異常な事がありましたか	麻酔や歯を抜いた事がない・異常なかった・気分が悪くなった 何日か痛んだ・貧血めまい・アレルギーがでた・抜歯後腫れた 血が止まらなかった・その他()
次の病気の治療中ですか? 又はかかった事がありますか?	いいえ / 心臓病・低血圧・高血圧・糖尿病・胃腸病・呼吸器・性病・結核 肺炎・肝臓病(肝炎・黄疸)腎臓病(透析をしていますか、はい/いいえ)
常用している薬はありますか	ない / ある(薬名:)
過去に薬を飲んで副作用があった事がありますか	ない / ある 胃が痛んだ・かゆくなった・発疹があった 副作用のあった薬品名・種類() その他()
特異体質やアレルギーですか	いいえ / はい じんましんがでる・かぶれる・鼻がつまる 喘息がある・その他()
輸血を受けた事がありますか	いいえ / はい
女性の方 現在妊娠中ですか	いいえ / はい(月) / わからない 授乳 あり / なし
治療について	
治療回数、日時に御希望がありますか	いいえ / はい ()
治療方法に御希望がありますか	いいえ / はい ()
治療説明に御希望はありますか	いいえ / はい ()
審美歯科に興味はありますか	いいえ / はい(歯並び・歯の色・歯の詰め物)
予防歯科を受けたいと思いますか	いいえ / はい

治療についてのご希望

診療についてご希望があれば・・・	<input type="checkbox"/> __月__日までに治療を終えてほしい <input type="checkbox"/> 極端に”怖がり”なので、注意してほしい <input type="checkbox"/> 治療は全て保険の範囲で希望 <input type="checkbox"/> 一部自費になってもいいので最高の材料と治療法を希望 <input type="checkbox"/> 特に来院しやすい曜日は 月・火・水・木・金、時間は AM()時頃 PM()時頃 <input type="checkbox"/> 治療中断や、緊急のご連絡として 電話/FAX/ハガキ で連絡希望
治療について	<input type="checkbox"/> 痛い所困っている所だけ治療希望 <input type="checkbox"/> 痛い所困っている所だけでなくお口の中全体の治療希望
治療時間について	<input type="checkbox"/> 特に希望なし <input type="checkbox"/> 来院の回数は増えても、一度の治療時間は出来る限り短い時間に してほしい(分以内) <input type="checkbox"/> 一度にたくさん治療し、来院回数を少なくして欲しい
説明について	<input type="checkbox"/> 最低限の説明だけ希望 <input type="checkbox"/> 一通りの説明 <input type="checkbox"/> なるべく細かく説明 <input type="checkbox"/> 自分の歯についてカウンセリングの時間を設けて欲しい
審美歯科について	興味はありますか？ <input type="checkbox"/> ある(歯並び・歯の色・歯の詰め物について) <input type="checkbox"/> なし
予防歯科について	ご自身の歯を残すために定期的に歯のクリーニングを受けたいと思 われますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ご自身の歯や歯肉の病気のリスクレベルを精密に検査したいと思わ れますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

その他お困りの事やご要望等ございましたらご記入下さい。