

予 診 表

〒 _____ 住所 _____

フリガナ
氏名

様

生年月日

明治・大正・昭和・平成
年 月 日

携帯番号

eメール

電話番号 ()

予診表は、患者さん自身の診療のための大切な資料です。プライバシーは厳守いたしますので、できるだけ正確に記入してください。

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|----|----------------------------|----------------------------|-----------------------------|----------------------------|-----------------------------|----|----|----|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 1. どうなさいましたか | <input type="checkbox"/> 虫歯・歯周病の治療をしたい <input type="checkbox"/> 歯並びを治したい <input type="checkbox"/> 義歯を入れたい <input type="checkbox"/> 検査をしてほしい <input type="checkbox"/> 歯の清掃をしてほしい <input type="checkbox"/> その他 () | | | | | | | | | | | | |
| 2. 当医院におみえになったのは | <input type="checkbox"/> はじめて <input type="checkbox"/> 前に来たことがある () 前 | | | | | | | | | | | | |
| 3. どこがお痛みですか | <table border="1"> <tr> <td>右上</td> <td>上前</td> <td>左上</td> <td><input type="checkbox"/>歯</td> <td><input type="checkbox"/>舌</td> <td><input type="checkbox"/>歯肉</td> </tr> <tr> <td>右下</td> <td>下前</td> <td>左下</td> <td><input type="checkbox"/>唇</td> <td><input type="checkbox"/>頬</td> <td><input type="checkbox"/>顎</td> </tr> </table> | 右上 | 上前 | 左上 | <input type="checkbox"/> 歯 | <input type="checkbox"/> 舌 | <input type="checkbox"/> 歯肉 | 右下 | 下前 | 左下 | <input type="checkbox"/> 唇 | <input type="checkbox"/> 頬 | <input type="checkbox"/> 顎 |
| 右上 | 上前 | 左上 | <input type="checkbox"/> 歯 | <input type="checkbox"/> 舌 | <input type="checkbox"/> 歯肉 | | | | | | | | |
| 右下 | 下前 | 左下 | <input type="checkbox"/> 唇 | <input type="checkbox"/> 頬 | <input type="checkbox"/> 顎 | | | | | | | | |
| 4. 痛みはどのくらい前から続いていますか | <input type="checkbox"/> 今日のはじめて <input type="checkbox"/> () 日前から <input type="checkbox"/> ずっと前から <input type="checkbox"/> 時々 | | | | | | | | | | | | |
| 5. 今現在のお痛みは、いかがですか (当てはまるもの複数に回答下さい) | <input type="checkbox"/> 痛くない <input type="checkbox"/> 少し痛い <input type="checkbox"/> ひどく痛い <input type="checkbox"/> 薬を飲んだ (薬品名) <input type="checkbox"/> 冷たいものがしみる <input type="checkbox"/> ズーンと痛い <input type="checkbox"/> 熱いものがしみる <input type="checkbox"/> 痛んだり止んだり <input type="checkbox"/> 特にしみにない <input type="checkbox"/> 咬むと痛い | | | | | | | | | | | | |
| 6. これまで歯の抜歯・麻酔の経験はありますか？またその際異常が出たことはありますか <input type="checkbox"/> 麻酔経験あり <input type="checkbox"/> 抜歯経験あり <input type="checkbox"/> 経験なし | <input type="checkbox"/> 麻酔や抜歯時に特に異常はなかった <input type="checkbox"/> 麻酔や抜歯時の異常があった <input type="checkbox"/> 出血が続いた <input type="checkbox"/> 気分が悪くなった <input type="checkbox"/> 痛みが続いた <input type="checkbox"/> その他 () | | | | | | | | | | | | |
| 7. 現在使用している薬はありますか | <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (具体的に) | | | | | | | | | | | | |
| 8. 飲めないお薬や、アレルギーのお薬はありますか | <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (具体的に) | | | | | | | | | | | | |
| 9. 今までに大きな病気をしたことがありますか | <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> B型・C型肝炎 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心の病気 <input type="checkbox"/> その他 () | | | | | | | | | | | | |
| 10. かかりつけの病院や通院中の病院がある場合は教えて下さい | <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (病院名) | | | | | | | | | | | | |
| 11. 現在の健康状態はいかがですか | <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 悪い | | | | | | | | | | | | |
| 12. 女性の方に質問です。妊娠中または、妊娠の可能性はありますか？妊娠の場合は、何ヶ月でしょうか？ | <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 分からない <input type="checkbox"/> 妊娠中 () 月 | | | | | | | | | | | | |
| 17. 治療内容・期間・費用について (当てはまるもの複数に回答下さい) | <input type="checkbox"/> 保険の範囲内で治したい <input type="checkbox"/> 必要なら自費のかかる良い材料で治したい <input type="checkbox"/> 急いで治療したい <input type="checkbox"/> 悪いところがあれば一通り治したい <input type="checkbox"/> 痛むところだけの治療希望 <input type="checkbox"/> よく分からないので相談して決めたい | | | | | | | | | | | | |
| 18. 当院をお知りになったきっかけは | <input type="checkbox"/> 紹介されてきた (ご紹介者名) <input type="checkbox"/> 医院の看板をみて <input type="checkbox"/> インターネット <input type="checkbox"/> 電話帳広告 <input type="checkbox"/> その他 () | | | | | | | | | | | | |
| 19. その他にご希望等があれば、お書き下さい。 | | | | | | | | | | | | | |