

# 予診票

記入日 平成 年 月 日

〒 \_\_\_\_\_ 住所 \_\_\_\_\_

フリガナ

氏名 \_\_\_\_\_ 様 (男 / 女) 生年月日(昭・平) \_\_\_\_\_ 年 月 日 \_\_\_\_\_ 才

電話番号 ( \_\_\_\_\_ ) 携帯電話 ( \_\_\_\_\_ )

勤務先名( \_\_\_\_\_ ) メールアドレス \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

予約確認メールの受け取りを希望されない場合、✓をいれてください。 →

予診票は、患者さん自身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

【医院記入欄】

- |                                       |   |
|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 歯が痛む・しみる     | <input type="checkbox"/> つめものが取れた           |
| <input type="checkbox"/> 歯肉が腫れた       | <input type="checkbox"/> 歯がなくなったところをなんとかしたい |
| <input type="checkbox"/> 検査をしてほしい     | <input type="checkbox"/> 歯並び、歯の色が気になる       |
| <input type="checkbox"/> クリーニングをしてほしい | <input type="checkbox"/> その他( _____ )       |

## 2. 気になる場所はどこですか

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	の <input type="checkbox"/> 唇	<input type="checkbox"/> 頬	<input type="checkbox"/> あご

## 3. 飲めないお薬、アレルギーはありますか

- |  |
|--|
| <input type="checkbox"/> ある(お薬: _____ )<br>(アレルギー: 金属・花粉・その他 _____ ) |
| <input type="checkbox"/> ない  |

## 4. これまで歯の抜歯・麻酔をされた経験がありますか

- |  |
|--|
| <input type="checkbox"/> 麻酔経験有(その際… <input type="checkbox"/> 異常はなかった <input type="checkbox"/> 気分が悪くなった)  |
| <input type="checkbox"/> 抜歯経験有(その際… <input type="checkbox"/> 異常はなかった <input type="checkbox"/> 気分が悪くなった<br><input type="checkbox"/> 出血が続いた <input type="checkbox"/> 痛みが続いた) |
| <input type="checkbox"/> どちらもなし  |

## 5. 今までに、または現在治療中の病気はありますか

- |  |
|--|
| <input type="checkbox"/> ない  |
| <input type="checkbox"/> 高血圧( _____ / _____ ) <input type="checkbox"/> 肝炎( B型 / C型 ) <input type="checkbox"/> 糖尿病(HbA1c _____ %) |
| <input type="checkbox"/> 骨粗しょう症 <input type="checkbox"/> 心の病気 <input type="checkbox"/> 心臓病                                       |
| <input type="checkbox"/> その他( _____ )  |

## 6. 現在使用中のお薬はありますか

- |  |
|--|
| <input type="checkbox"/> ある(具体的に _____ ) |
| <input type="checkbox"/> ない              |

## 7. 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"/> インターネット <input type="checkbox"/> 医院の看板を見て |
| <input type="checkbox"/> その他( _____ )                              |

裏面もご記入ください

8. 歯科医院はいつ以来ですか

- 初めて
- ( 年 ヶ月)ぶり

【医院記入欄】

9. 女性の方 妊娠中または妊娠の可能性はありますか。また、授乳中ですか

- ない
- わからない
- 妊娠中(            ヶ月/予定日    月    日)
- 授乳中

10. 今回

- 痛むところのみの治療
- 悪いところがあれば一通り
- 一通りの悪いところを治したあと、今後は悪くならないようにしたい

11. 治療内容

- 保険の範囲内で治したい
- 必要なら自費のかかる良い材料で治したい
- 相談して決めたい

12. その他にご希望などがありましたら、ご記入ください