

予 診 表

●今日は何でこられましたか。

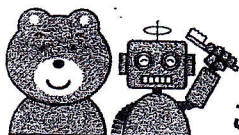
車・徒歩・自転車・バス・バイク

年 月 日

ふりがな お名前		大正・昭和 平成・令和	年 月 日生(才)	男・女
おところ		TEL() -		
勤務先(学校)名				
勤務先所在地		TEL() -		

当院ではあなたのご満足のいく治療を最優先に考えていますので、できるだけあなたとよく話し合って治療を進めていきます。次の質問にできるだけ正確にお答え下さい。

①どうなさいましたか	<input type="checkbox"/> 歯が痛い(冷たいものがしみる・熱いものがしみる・ズキズキする・その他) <input type="checkbox"/> 歯ぐきが(痛い・腫れている・血が出る・膿みが出る) <input type="checkbox"/> 検診してほしい <input type="checkbox"/> 入れ歯を入れたい・入れ歯が合わない <input type="checkbox"/> 歯並びが気になる <input type="checkbox"/> つめ物がとれた <input type="checkbox"/> 歯をきれいにしてほしい(歯石など) <input type="checkbox"/> その他()
②当院をどの様にして お知りになりましたか	<input type="checkbox"/> 知人の()様に紹介された <input type="checkbox"/> 家族の()様に紹介された <input type="checkbox"/> 同じ学校・会社の()様に紹介された <input type="checkbox"/> 電話帳を見た <input type="checkbox"/> 建物・看板を見た <input type="checkbox"/> インターネット・ホームページ <input type="checkbox"/> その他()
③現在の健康状態は	<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 他院(内科、外科等)に通院している (病名) (病院名) <input type="checkbox"/> 投薬中である <input type="checkbox"/> (薬名) <input type="checkbox"/> 妊娠中(月)
④今までに大きな病気を 患ったことがありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 血液疾患 <input type="checkbox"/> 胃腸病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> 外科的疾患 <input type="checkbox"/> 輸血 <input type="checkbox"/> その他()
⑤特異体質(アレルギー)は ありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/>かぶれやすい、じんましんができる <input type="checkbox"/>薬アレルギーがある(薬品名) <input type="checkbox"/>金属アレルギーがある(金属名)
⑥最近歯の治療を受けましたか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(年 月頃くらい前)
⑦麻酔をしたことは	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/>痛かった、貧血あるいはショックを起こした <input type="checkbox"/>その他()
⑧歯の磨き方について	●正しい歯の磨き方を教えてもらったことがありますか。 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ●歯のそうじ(歯石とり)をしてもらったことがありますか。 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある
⑨診療に対するご希望は	<input type="checkbox"/> 健康保障の範囲内で治したい <input type="checkbox"/> 保険以外でも良いものがあれば説明してほしい
⑩来院できる時間帯や曜日が 限られている方はご記入下さい	●来院できる時間帯(午前 時頃・午後 時頃) ●曜日(月 火 水 木 金 土)
⑪その他、ご希望、ご質問、ご相談等 がございましたらお書き下さい	



ご協力ありがとうございました。 やました歯科