

# 予診票

ふりがな	記入年月日：令和 年 月 日
お名前： 男・女	大・昭・平 年 月 日生 (満 歳)
ご住所：〒	勤務先(学校名)： 会社電話：
自宅電話：	当院を知った理由：看板・広告・電話帳 ご紹介者等( )
携帯電話：	

よりよい治療をお受けいただくために、現在のあなたの健康状態や診察希望をおたずねします。  
できるだけ正確にお答え下さい。 ご記入いただいた内容の秘密は厳守いたします。

本日の来院理由は？	<input type="checkbox"/> 検診 <input type="checkbox"/> むし歯の治療 <input type="checkbox"/> 入れ歯の製作・修理 <input type="checkbox"/> 歯ぐきが腫れた <input type="checkbox"/> 歯石の除去 <input type="checkbox"/> 詰め物がとれた <input type="checkbox"/> 歯を白くしたい <input type="checkbox"/> 矯正の相談 <input type="checkbox"/> その他( )		
痛みがある場合「痛み方」は？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> かむと痛い <input type="checkbox"/> 冷たいものがしみる <input type="checkbox"/> 熱いものがしみる <input type="checkbox"/> 歯ぐきが痛い <input type="checkbox"/> 何もしなくても痛い <input type="checkbox"/> 触ると痛い <input type="checkbox"/> 顎が痛い <input type="checkbox"/> その他( )		
症状はいつからですか？	( 日・週間・ヶ月) 前から <input type="checkbox"/> ずっと <input type="checkbox"/> 時々		
アレルギーや特異体質がありますか？ (薬も含む)	<input type="checkbox"/> ある(何アレルギー？ ) <input type="checkbox"/> ない		
現在、飲まれている薬がありますか？	<input type="checkbox"/> ある(薬剤名： ) <input type="checkbox"/> ない		
現在、通っている病院はありますか？	<input type="checkbox"/> ある(病院名：	科名：	担当医： )
該当する疾患がありますか？	<input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 低血圧症 <input type="checkbox"/> 狭心症 <input type="checkbox"/> 心筋梗塞 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 肝炎( 型) <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> その他( )		
今まで手術の経験がありますか？	<input type="checkbox"/> ある(病名： ) <input type="checkbox"/> ない		
現在の健康状況は？	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 悪い(理由： ) <input type="checkbox"/> 妊娠 ヶ月 <input type="checkbox"/> 生理中		
おうちのお手入れについて	歯磨きするときは <input type="checkbox"/> 起床後 <input type="checkbox"/> 食後 <input type="checkbox"/> 就寝前 一回の時間は( ) 分くらい 歯ブラシ以外の清掃用品は <input type="checkbox"/> フロス <input type="checkbox"/> 歯間ブラシ <input type="checkbox"/> その他		
喫煙習慣	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
食生活習慣について	習慣的飲料物 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( ) 間食の取り方 <input type="checkbox"/> 不規則 <input type="checkbox"/> 規則正しい <input type="checkbox"/> あまりしない		
どのような治療をご希望されますか？	<input type="checkbox"/> 痛い所だけ治す <input type="checkbox"/> 悪い所は全て治す <input type="checkbox"/> なるべく一気に治す ( 月 日までに終了希望) <input type="checkbox"/> 保険治療と自費治療の比較説明		
その他、医院に知っていて欲しい事。			