


# 予診表

年 月 日 担当Dr: No.

フリガナ 氏名	男・女	(大・昭・平) 年 月 日 (才)
〒( ) 住所	Tel 自宅	
	携帯	
職業	メールアドレス	

※ 該当する□にチェックマークをご記入ください。

□予防で	□治療で	
<input type="checkbox"/> 歯の検診をして欲しい <input type="checkbox"/> 歯石を取って欲しい <input type="checkbox"/> フッ素を塗って欲しい <input type="checkbox"/> ホワイトニングをして欲しい <input type="checkbox"/> 歯の着色を取って欲しい <input type="checkbox"/> その他( )	右上 上前歯 左上  <input type="checkbox"/> 歯が痛い・しみる <input type="checkbox"/> むし歯がある <input type="checkbox"/> 入れ歯の具合が悪い <input type="checkbox"/> つめものが取れた <input type="checkbox"/> あごの関節が痛い	<input type="checkbox"/> 歯ぐきが痛い・腫れている <input type="checkbox"/> 歯がなくてかめない <input type="checkbox"/> 歯並びをキレイにしたい <input type="checkbox"/> インプラントを考えている <input type="checkbox"/> その他( )
◆どちらで当院をお知りになりましたか？		
<input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> 日本歯科医療評価機構 <input type="checkbox"/> 看板広告 <input type="checkbox"/> 通りがかり <input type="checkbox"/> はがき <input type="checkbox"/> タウンページ <input type="checkbox"/> 雑誌 <input type="checkbox"/> ご紹介( )様 <input type="checkbox"/> その他( )		
◆ご希望の治療範囲についてお伺いします		
<input type="checkbox"/> 気になる所のみ <input type="checkbox"/> 悪いところ全部 <input type="checkbox"/> 保険の範囲 <input type="checkbox"/> 保険以外でも必要があれば相談		
◆歯科で麻酔をしたことがありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい⇒ その際異常はありましたか？ <input type="checkbox"/> 気分が悪くなった <input type="checkbox"/> 貧血をおこした <input type="checkbox"/> その他( )
◆アレルギーはありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい⇒ 食べ物の種類・薬品名をお書きください ( )
◆飲まれている薬はありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい⇒ 何のお薬ですか？ 名前( )
◆ご病気をされたことはありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい⇒ <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> 腎臓 <input type="checkbox"/> 心臓や血管の病気 <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> 高血圧( / ) <input type="checkbox"/> 糖尿 <input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> 蓄膿症 <input type="checkbox"/> 肝臓( )型肝炎 <input type="checkbox"/> その他( )
◆病院に通院されていますか？	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい⇒ 病院名( ) ( )科 担当医( )先生
◆喫煙されますか？	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい⇒ 1日 ( ) 本
◆女性の方にお伺いします <input type="checkbox"/> 妊娠中( )ヶ月 <input type="checkbox"/> 妊娠の可能性がある <input type="checkbox"/> 授乳中		
◆お子様の場合、おじいさんおばあさんと同居されていますか？	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい⇒ ニックネーム( ) 育児は主に誰がされていますか？ ( )
◆ご予約のご希望はございますか？	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい⇒ 月 火 水 木 金 時～ 時 その他ご希望( )
当院へのご希望や先生へのご相談があればご記入下さい。		