

# 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。

<input type="checkbox"/> 予防で		<input type="checkbox"/> 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  右下 下前歯 左下 ↑当てはまる 部位に○を付 けて下さい	<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( )
◆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 ( )	
◆血圧を記入して下さい	(最高血圧 mmHg ・ 最低血圧 mmHg ・ 脈 )		
◆最近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 →	<input type="checkbox"/> 疲れやすい <input type="checkbox"/> 最近体重が増えた <input type="checkbox"/> 眠れない <input type="checkbox"/> 最近体重が減った <input type="checkbox"/> 食欲がない	
◆現在かかっている病気はありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい⇒ (病名: ) (いつから: ) (病院名 担当医名 )	
◆現在、服用しているお薬はありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい⇒ 薬剤名( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( )	
◆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"/> 妊娠の可能性はある	<input type="checkbox"/> 授乳中
◆ご予約のご希望はございますか？	月 火 水 木 金 時～ 時		
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。 紹介者 様			

裏面に続きます

<p>◆次の病気にかかったことがありますか？</p>	<p><input type="checkbox"/>いいえ</p>	<p> <input type="checkbox"/>血圧の異常(高血圧、低血圧)  <input type="checkbox"/>心臓の病気(狭心症、心筋梗塞、不整脈、弁膜症)  <input type="checkbox"/>糖尿病  <input type="checkbox"/>脳血管の病気(脳出血、脳梗塞、くも膜下出血)  <input type="checkbox"/>肝臓の病気(肝炎、肝硬変)  <input type="checkbox"/>腎臓の病気(腎炎、腎不全、人工透析)  <input type="checkbox"/>神経疾患(てんかん、パーキンソン病、認知症)  <input type="checkbox"/>精神疾患(うつ病、パニック障害、統合失調症)  <input type="checkbox"/>血液の病気(貧血、白血病、血友病)  <input type="checkbox"/>呼吸器の病気(気管支喘息、慢性閉塞性肺疾患)  <input type="checkbox"/>消化器の病気(食道、胃、十二指腸、大腸、膵臓)  <input type="checkbox"/>耳鼻科の病気( )  <input type="checkbox"/>婦人科の病気( )  <input type="checkbox"/>悪性腫瘍 ( )  <input type="checkbox"/>アレルギー(花粉、金属、アトピー、アナフィラキシー)  <input type="checkbox"/>感染症(結核、HIV、梅毒、ウイルス性肝炎)  <input type="checkbox"/>骨粗しょう症  <input type="checkbox"/>その他 ( ) </p>
----------------------------	------------------------------------	---