

# 予 診 票

事前に印刷して記入して頂くと便利です

平成 年 月 日

ふりがな 氏名			男 女	大・昭・平 年 月 日生 ( 歳)		紹介者	
住所	〒 電話				勤務先	電話	
どうなさいましたか	<input type="checkbox"/> 検査をして欲しい <input type="checkbox"/> 歯の掃除をして欲しい <input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> 虫歯を治したい <input type="checkbox"/> 歯肉が腫れた <input type="checkbox"/> 口臭がする <input type="checkbox"/> 詰物が取れた <input type="checkbox"/> 義歯を作りたい <input type="checkbox"/> その他 ( )						
どこが痛みますか そして いつから痛みますか	右上	上前	左上	<input type="checkbox"/> 歯	<input type="checkbox"/> 舌	<input type="checkbox"/> 今日初めて <input type="checkbox"/> 時々	
				<input type="checkbox"/> 歯肉	<input type="checkbox"/> 頬	<input type="checkbox"/> _____日くらい前から <input type="checkbox"/> ずっと前から	
	右下	下前	左下	<input type="checkbox"/> 顎	<input type="checkbox"/> 唇	<input type="checkbox"/> 現在、痛みはない	
痛み方は	<input type="checkbox"/> ズキズキ <input type="checkbox"/> 噛んだとき <input type="checkbox"/> 痛んだり止んだり <input type="checkbox"/> 冷たい物がしみる <input type="checkbox"/> 夜になると痛む <input type="checkbox"/> 甘い物で痛む <input type="checkbox"/> 熱い物がしみる <input type="checkbox"/> 物がはさまって痛む						
麻酔の注射や歯を抜いたりして何か異常はありませんでしたか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある→		<input type="checkbox"/> 気分が悪くなった <input type="checkbox"/> 血が止まりにくかった <input type="checkbox"/> 貧血になった (具体的に)				
薬や食べ物などのアレルギーはありませんか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある→		<input type="checkbox"/> 薬で胃が痛くなったり、気分が悪くなる <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 他 (薬品名・食品名)				
現在、服用中の薬はありますか。また通院中ですか。	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある→		(薬品名) (病名) (医院名)				
過去に入院、手術、輸血の経験はありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある→		<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 輸血 _____年前ごろ、病名				
内科的な病気はありませんか。または過去にかかったことはありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 高血圧 ( )		<input type="checkbox"/> 腎臓病		<input type="checkbox"/> その他		
	<input type="checkbox"/> 低血圧 ( )		<input type="checkbox"/> 骨粗鬆症				
	<input type="checkbox"/> 心臓病		<input type="checkbox"/> 血液疾患		.....		
	<input type="checkbox"/> 糖尿病		<input type="checkbox"/> 脳神経疾患		.....		
	<input type="checkbox"/> 肝炎 (A・B・C)		<input type="checkbox"/> ホルモン異常				
その他、何か特別な事はありませんか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 貧血		<input type="checkbox"/> その他		.....		
	<input type="checkbox"/> 妊娠    ヶ月		<input type="checkbox"/> 産後    ヶ月				
歯磨きについて	<input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夜 <input type="checkbox"/> 寝る前    1日 ( )回				喫煙	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有<1日 _____本>	
この機会に	<input type="checkbox"/> 悪いところは全て治したい <input type="checkbox"/> 痛むところだけ治療したい						
治療や予約に関してご希望はありますか	1回の治療 <input type="checkbox"/> 出来るだけ短く <input type="checkbox"/> 長くても構わない 治療を 年 月 日までには終了したい						
ご都合の良い曜日・時間帯はありますか		月	火	水	金	土	
	AM						
	PM						
	17時						(17時以降が良い)