

予 診 表

記入日 年 月 日

(ふりがな) お 名 前	生 年 月 日	明 大 昭 平	年 月 日 生
住 所	〒 -	連絡先 T E L ()	e-mail add : @
・前に歯の治療を受けられたのは <input type="checkbox"/> 当院 <input type="checkbox"/> 他院 約 年 ヶ月前頃です <input type="checkbox"/> 治療は生まれて初めてです			
ご紹介者 通院しやすい日時について			
・治療に対する希望 <input type="checkbox"/> 悪い歯は全部治したい <input type="checkbox"/> 今、痛みのある歯だけで良い			
・治療の方法（処置又は冠や義歯などを入れる時） <input type="checkbox"/> 保険の範囲内で良い <input type="checkbox"/> 相談により保険外も考える <input type="checkbox"/> 保険外でも良い			
・治療の進め方についての希望 <input type="checkbox"/> 1回の治療時間を長くしてもよいから受診回数を少なくしたい <input type="checkbox"/> 受診回数が多くてもよいから一回の診療時間を少なくしたい <input type="checkbox"/> その他、希望：			
・どうしましたか <input type="checkbox"/> 歯が痛い（ ）日前から <input type="checkbox"/> 検診 <input type="checkbox"/> 冷たいもの・熱いものがしみる <input type="checkbox"/> 口臭 <input type="checkbox"/> 歯ぐきがはれている <input type="checkbox"/> 顎が痛い・音になる <input type="checkbox"/> かむと痛い <input type="checkbox"/> 歯が動く <input type="checkbox"/> 歯ぐきから血が出る 歯が動く <input type="checkbox"/> 以前に入れたものがはずれた <input type="checkbox"/> 歯をきれいにしたい(歯石など)		・抜歯の経験 <input type="checkbox"/> ある（ 才頃） <input type="checkbox"/> ない	
・痛みは <input type="checkbox"/> 少し痛い <input type="checkbox"/> ひどく痛い <input type="checkbox"/> しみる(熱・冷) 痛みの程度に×印をして下さい 痛くない 5 大変痛い 0 10		・血が止まりにくいことが <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	
・場所はどこですか 左上 上前 右上 左下 下前 右下		・今までに大きな病気をされたことは <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない ()年頃 病名	
・歯科治療に対する恐怖心は こわさの程度に×印をして下さい こわくない 5 大変こわい 0 10		・今の体の状態 <input type="checkbox"/> 異常がある 心臓・肝臓・腎臓・胃腸・糖尿・高血圧 低血圧・蓄膿・その他	
・矯正治療を過去に受けたことが <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない		・かかりつけの内科医院があれば 医院	
・その他、話しておきたいこと、希望することが あれば、書いて下さい		・アレルギー <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> なし (薬(ペニシリン・ピリン系) 注射 食べ物() アトピー ぜんそく・かぶれやすい・ジンマシン)	
		・麻酔注射について <input type="checkbox"/> 異常があった <input type="checkbox"/> 異常はなかった	
		・現在飲んでいる薬は	
		・妊娠中の方は 予定日 月 日	
		・授乳中の方は 産後 日	

この予診表はあなたの診療目的以外には一切利用致しません。