

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TEL () e-mail add: @ |
| <p>・前に歯の治療を受けられたのは</p> <p><input type="checkbox"/>当院 <input type="checkbox"/>他院 ご紹介者.....</p> <p>約 年 ヶ月前頃です 通院しやすい日時について</p> <p><input type="checkbox"/>治療は生まれて初めてです</p> | | |
| <p>・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</p> <p>・治療の方法（処置又は冠や義歯などを入れる時）</p> <p><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</p> <p>・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</p> <p><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</p> <p><input type="checkbox"/>その他、希望：</p> | | |
| <p>・どうしましたか</p> <p><input type="checkbox"/>歯が痛い（ ）日前から <input type="checkbox"/>検診</p> <p><input type="checkbox"/>冷たいもの・熱いものがしみる <input type="checkbox"/>口臭</p> <p><input type="checkbox"/>歯ぐきがはれている <input type="checkbox"/>顎が痛い・音がなる</p> <p><input type="checkbox"/>かむと痛い <input type="checkbox"/>歯が動く</p> <p><input type="checkbox"/>歯ぐきから血が出る 歯が動く</p> <p><input type="checkbox"/>以前に入れたものがはずれた</p> <p><input type="checkbox"/>歯をきれいにしたい(歯石など)</p> <p>・痛みは</p> <p><input type="checkbox"/>少し痛い <input type="checkbox"/>ひどく痛い <input type="checkbox"/>しみる(熱・冷)</p> <p>痛みの程度に×印をして下さい</p> <p>痛くない 5 大変痛い</p> <p>0 10</p> <p>・場所はどこですか</p> <p>左上 上前 右上</p> <p>左下 下前 右下</p> <p>・歯科治療に対する恐怖心は</p> <p>こわさの程度に×印をして下さい</p> <p>こわくない 5 大変こわい</p> <p>0 10</p> <p>・矯正治療を過去に受けたことが</p> <p><input type="checkbox"/>ある <input type="checkbox"/>ない</p> <p>・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</p> | | |
| <p>・抜歯の経験</p> <p><input type="checkbox"/>ある（ 才頃） <input type="checkbox"/>ない</p> <p>・血が止まりにくいことが</p> <p><input type="checkbox"/>ある <input type="checkbox"/>ない</p> <p>・今までに大きな病気をされたことは</p> <p><input type="checkbox"/>ある <input type="checkbox"/>ない</p> <p>()年頃 病名</p> <p>・今の体の状態</p> <p><input type="checkbox"/>異常がある</p> <p>心臓・肝臓・腎臓・胃腸・糖尿・高血圧</p> <p>低血圧・蓄膿・その他</p> <p><input type="checkbox"/>特に異常はない</p> <p>・かかりつけの内科医院があれば</p> <p>..... 医院</p> <p>・アレルギー</p> <p><input type="checkbox"/>ある <input type="checkbox"/>なし</p> <p>(薬(ペニシリン・ピリン系) 注射)</p> <p>(食べ物() アトピー)</p> <p>(ぜんそく・かぶれやすい・ジンマシン)</p> <p>・麻酔注射について</p> <p><input type="checkbox"/>異常があった <input type="checkbox"/>異常はなかった</p> <p>.....</p> <p>・現在飲んでいる薬は</p> <p>.....</p> <p>・妊娠中の方は 予定日 月 日</p> <p>・授乳中の方は 産後 日</p> | | |

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。