

記入日： 年 月 日

予診表は、あなたの診察のための大切な参考資料です。あなたのプライバシーは厳守いたしますので、できるだけ正確にご記入ください。

ふりがな		男 ・ 女	生年月日	大・昭・平	年
氏 名		様			月 日 才
〒 ー					
住所					
携帯電話番号			電話番号		
今回はどうなさいましたか (該当するものは全て選んでください)					
<input type="checkbox"/> 歯が (痛い・しみる) <input type="checkbox"/> 歯肉が (痛い・腫れた・血が出る) <input type="checkbox"/> つめ物やかぶせ物が (はずれた・壊れた)					
<input type="checkbox"/> 歯の抜けたところをなんとかしたい <input type="checkbox"/> 歯石をとりたい <input type="checkbox"/> 入れ歯が合わない、又は 入れ歯を作りたい					
<input type="checkbox"/> 歯並びが気になる <input type="checkbox"/> 歯の色が気になる、又は歯の形が気になる <input type="checkbox"/> お口の中を検査したい					
<input type="checkbox"/> その他 ()					
今までに以下の病気にかかったことがありますか					
<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 肝炎 (型) <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> ぜんそく					
<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> その他 ()					
現在服用中の薬はありますか					
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ある (薬名)					
現在治療中の病気はありますか					
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ある (病名)					
(病院名) 主治医名 ()					
薬を服用し、副作用やアレルギーを起こしたことはありますか					
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ある (薬名)					
以前、歯科治療時の麻酔で気分が悪くなったことはありますか					
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ある ()					
妊娠やその可能性はありますか、または授乳中ですか (女性のみ)					
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 妊娠中 (週目) <input type="checkbox"/> 授乳中					
たばこを吸われますか					
<input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 吸う (1日 本くらい)					
当院を何で知りましたか					
<input type="checkbox"/> 買い物に来て <input type="checkbox"/> ホームページで見て <input type="checkbox"/> チラシなどを見て <input type="checkbox"/> 電話帳を見て					
<input type="checkbox"/> 家や会社の近所 <input type="checkbox"/> 知人に紹介されて (紹介者名)					
<input type="checkbox"/> 家族が通院しているので (お名前) <input type="checkbox"/> その他 ()					
治療について					
<input type="checkbox"/> 今、痛いところだけ治したい <input type="checkbox"/> 悪いところがあれば全て治していきたい					
通院できる時間帯に○をつけてください。					
月曜日	火曜日	木曜日	金曜日	土曜日	日曜日
AM	AM	AM	AM	AM	AM
PM	PM	PM	PM	PM	PM
前回、治療をされてからどのくらいの期間がたっていますか (歯石除去なども含めて) (約 年 か月)					
定期的に 検診やお掃除をしていらっしゃいますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ					