

受診日 ()

予診票

ふりがな 氏名				(男・女)
生年月日	明・大・昭・平	年	月	日 (才)
住所	〒			
連絡先	携帯	自宅または勤務先TEL		
勤務先		職業		
来院のきっかけ	紹介 () / 電話帳 / インターネット / 通りがかり			

予診票はよりよい治療を受けていただくための大切な資料になります。
プライバシーは厳守いたしますので、正確にご記入ください。



どうされましたか

- | | |
|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 歯の調子が悪い | <input type="checkbox"/> 歯ぐきの調子が悪い |
| <input type="checkbox"/> 痛い | <input type="checkbox"/> 腫れている |
| <input type="checkbox"/> 穴が開いている | <input type="checkbox"/> 出血する |
| <input type="checkbox"/> かぶせが取れた | <input type="checkbox"/> 口臭が気になる |
| <input type="checkbox"/> 顎の調子が悪い | <input type="checkbox"/> 歯並びや咬みあわせが気になる |
| <input type="checkbox"/> 痛い | <input type="checkbox"/> 口内炎ができたようだ |
| <input type="checkbox"/> 音がする | <input type="checkbox"/> ホワイトニングについて知りたい |
| <input type="checkbox"/> 口の中の検診をしたい | <input type="checkbox"/> インプラントについて知りたい |
| <input type="checkbox"/> その他 () | |

現在の体の具合についてお尋ねします

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 現在、ほかの病気にかかっている (病名:) | 病院:) |
| <input type="checkbox"/> 血圧が高い | <input type="checkbox"/> 心臓が悪い |
| <input type="checkbox"/> 糖尿病がある | <input type="checkbox"/> 肝炎の既往がある (型) |
| <input type="checkbox"/> 喘息がある | <input type="checkbox"/> アレルギーがある () |
| <input type="checkbox"/> 常用している薬がある () | <input type="checkbox"/> 注射や飲み薬で副作用の既往がある |
| <input type="checkbox"/> 抜歯のとき血が止まりにくいことがあった | |
| <input type="checkbox"/> 麻酔注射で気分が悪くなることがあった | |
| <input type="checkbox"/> 妊娠している (予定日: 月 日) | |

生活習慣についてお尋ねします

- 喫煙する (喫煙歴 年)
- 定期的に歯科医院でメンテナンスに通っていた
- 前回歯科医院にかかったのはいつごろですか (約 年前)

治療と費用についてのご希望

- 保険の範囲で治療してほしい
- 治療費はかかっても理想的に治療してほしい
- 場合により相談したい

その他ご希望がありましたら何でもご記入ください