

予 診 表

年 月 日

(ふりがな)	男 大 昭
お名前	女 平 令 年 月 日生 (才)
〒	ご連絡先 携帯 ()
ご住所	自宅 ()
★当院より連絡を差し上げる場合がありますので、ご了承下さい。	
勤務先名	電話番号 () ご紹介者

<p>★どうなさいましたか</p> <p><input type="checkbox"/>むし歯がある <input type="checkbox"/>歯が痛い <input type="checkbox"/>歯ぐきが痛い <input type="checkbox"/>歯の清掃をしてほしい <input type="checkbox"/>検診をしてほしい</p> <p><input type="checkbox"/>つめもの・かぶせものがとれた <input type="checkbox"/>入れ歯の具合が悪い <input type="checkbox"/>その他()</p>
<p>★それはどこですか</p> <p><input type="checkbox"/>右上 <input type="checkbox"/>前上 <input type="checkbox"/>左上</p> <p><input type="checkbox"/>右下 <input type="checkbox"/>前下 <input type="checkbox"/>左下 <input type="checkbox"/>全部 <input type="checkbox"/>その他()</p>
<p>★いつごろからですか(痛みのある方へ)</p> <p><input type="checkbox"/> () 日前 <input type="checkbox"/> () ヶ月前 <input type="checkbox"/> その他()</p>
<p>★どのように痛みますか(痛みのある方へ)</p> <p><input type="checkbox"/>ズキズキ痛い <input type="checkbox"/>かむと痛い <input type="checkbox"/>ときどき痛い <input type="checkbox"/>冷たいものがしみる <input type="checkbox"/>熱いものがしみる</p> <p><input type="checkbox"/>その他()</p>
<p>★歯を抜いたことがありますか。また、その時なにか異常はありましたか。(歯を抜いたことがある方へ)</p> <p><input type="checkbox"/>ない <input type="checkbox"/>ある <input type="checkbox"/> () 年前 <input type="checkbox"/> () ヶ月前</p> <p><input type="checkbox"/>特に異常なし <input type="checkbox"/>血がとまらなかった <input type="checkbox"/>何日も痛んだ <input type="checkbox"/>熱が出た <input type="checkbox"/>その他()</p>
<p>★歯の治療で麻酔をしたことがありますか。その時なにか異常はありましたか。(麻酔をしたことがある方へ)</p> <p><input type="checkbox"/>ない <input type="checkbox"/>ある 症状()</p>
<p>★薬を飲んで副作用を起こしたことがありますか</p> <p><input type="checkbox"/>ない <input type="checkbox"/>ある <input type="checkbox"/>胃が痛くなる <input type="checkbox"/>発疹ができる <input type="checkbox"/>かゆくなる <input type="checkbox"/>その他()</p>
<p>★現在飲んでいる薬はありますか。また薬を飲んで副作用を起こしたことがありますか。</p> <p><input type="checkbox"/>ない <input type="checkbox"/>ある (薬品名)</p> <p>副作用の有無 <input type="checkbox"/>ない <input type="checkbox"/>ある <input type="checkbox"/>胃が痛くなる <input type="checkbox"/>発疹ができる <input type="checkbox"/>かゆくなる <input type="checkbox"/>その他()</p>
<p>★現在及び過去にかかった病気はありますか (ありましたか)</p> <p><input type="checkbox"/>ない <input type="checkbox"/>ある <input type="checkbox"/>心臓 <input type="checkbox"/>肝臓 <input type="checkbox"/>腎臓 <input type="checkbox"/>胃腸 <input type="checkbox"/>貧血症 <input type="checkbox"/>高血圧 <input type="checkbox"/>低血圧 <input type="checkbox"/>糖尿</p> <p><input type="checkbox"/>血液疾患 <input type="checkbox"/>アレルギー <input type="checkbox"/>その他()</p>
<p>★現在、妊娠していますか (女性の方へ)</p> <p><input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>している (ヶ月) <input type="checkbox"/>わからない ※治療期間中に妊娠された方はお知らせ下さい</p>
<p>★治療について</p> <p><input type="checkbox"/>悪いところは全部治したい <input type="checkbox"/>保険の範囲内で治療したい <input type="checkbox"/>最も良い資材と方法で治療してほしい</p> <p><input type="checkbox"/>痛い所だけ治したい <input type="checkbox"/>なるべく保険でそれ以外は説明してほしい <input type="checkbox"/>相談の上決めたい</p> <p><input type="checkbox"/>その他()</p>
<p>★予約について</p> <p>・ご希望の時間帯<input type="checkbox"/>9:00~12:00 <input type="checkbox"/>12:00~16:00 <input type="checkbox"/>16:00~19:00(最終受付時間は 18:30 です。) <input type="checkbox"/>特に希望なし</p> <p>・治療回数 <input type="checkbox"/>短期間でできる限りまとめて治療したい<input type="checkbox"/>回数はかかっていいので一回あたりの費用をなるべく抑えたい</p> <p><input type="checkbox"/>その他ご要望があればご記入下さい。()</p>