

ふりがな		男	生年月日	昭・平・令 年 月 日生(歳)	
お名前		女			
ご住所	〒	自宅Tel			
		携帯Tel			
		勤務先Tel			
勤務先		メールアドレス			
こちらから連絡してもよい連絡先		自宅Tel	携帯Tel	メールアドレス	勤務先Tel

予診票は、あなたの診療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。

①どうなさいましたか？(複数回答可)

- 歯が痛い 歯がしみる(熱いもの・冷たいもの) 詰め物・差し歯が取れた 歯がぐらぐらする
歯ぐきが痛い 歯ぐきが腫れてる 出血する あごが痛い
かむと痛む 口の中にできものがある 入れ歯があわない・痛い 入れ歯を作りたい
歯を白くしたい 銀歯を白い詰め物・差し歯に変えたい
インプラント希望・相談 インプラントが合わない・痛い
歯並び・かみ合わせが気になる 歯の清掃をしてほしい 口臭が気になる
口の中を全体に検査してほしい その他()

②場所はどこですか？

左上	上前	右上	<input type="checkbox"/> 歯	<input type="checkbox"/> 歯ぐき
			<input type="checkbox"/> あご	
左下	下前	右下	<input type="checkbox"/> 頬	<input type="checkbox"/> 唇
			<input type="checkbox"/> 舌	

⑨現在治療中、または過去1年以内に
医者にかかったことはありますか？

- ない
ある
糖尿病 心臓病 高血圧 低血圧
腎臓病 肝臓病 結核
肝炎(B型 C型 その他())
その他()

③今までに麻酔注射をしたり歯を抜いた時に
異常はありませんでしたか？

- 麻酔や歯を抜いたことがない
異常なかった 気分が悪くなった
熱が出た 何日か痛んだ
貧血・めまいを起こした アレルギーが出た
腫れた 血が止まらなかった
その他()

⑩現在の健康状態は？

- 良好 普通 悪い
 女性の方のみ 妊娠中(月) 授乳中

⑪治療のご希望について教えてください(複数回答可)

- 先生のお勧めする治療方針通りの治療が受きたい
将来にわたり健康でいられるため最善の治療が受きたい
歯を白くしたい
銀歯が嫌だ
歯の予防について教えてほしい
特殊な入れ歯で自分の歯のようにおいしく食事をしたい
材料と治療方法ごとの料金の違いを説明してほしい
むし歯や歯周病になりやすいか調べたい
毎回新品の使い捨て診療器具を希望する(ポスター参照)
診療器具1・3 税込550円/毎診療時
診療器具2 税込2200円/毎診療時
なるべく歯を削らない無痛治療(自費)を希望する

※その他、気になることやご希望をご記入ください。

- 栄養相談を希望する(無料)
家族に予防処置を受けさせたい(配偶者、子供、祖父母)
小さな子供がいるので子守をお願いしたい
その他()

④お煙草はお吸いになりますか？

- 吸わない 吸う(本/日 歳から)

⑤現在常用している薬はありますか？

- ない ある(薬品名)

⑥アレルギーや特異体質、
薬を飲んで副作用はありますか？

- ない
ある(胃が痛くなる・発疹ができる・かゆくなる)
その他()
副作用のあった薬品・種類()

⑦当院をどこでお知りになりましたか？

- 家族紹介 知人紹介 近いから
 (紹介者様のお名前)
ホームページ(スマートフォン・パソコン)
その他()

医療費の内容のわかる領収証の発行

- いる いない まとめ(患者様のご都合の良いタイミングで
 (金額のみが記載されたレシートは毎回発行されます) 受付にお知らせください)