

(ふりがな)		男	生年月日	大・昭・平	年	月	日生(満 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 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 | |

⑧ アレルギーや特異体質はありませんか？

- 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()

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()

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()

④ お煙草はお吸いになられますか？

- 吸わない 吸う(本/日・ 歳から)

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

⑤ 現在常用している薬はありますか？

- ない ある(薬品名)

⑥ 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
 (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)
 近いから
 その他()

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けたい
 将来にわたって健康でいられるための最善の治療が受けたい
 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
 その他()

※ その他、気になることやご希望をご記入ください。

例) 小さな子供がいるので子守をお願いしたい。