

予 診 表

永山歯科

フリガナ		男	生年月日	大正	昭和	平成	年
お名前		女		月	日	(満)	歳)
ご住所	〒	—	ご連絡先	TEL	—	—	
ご勤務先 (学校名)				携帯電話(緊急連絡先として)	—	—	

☆今一番気になっていることについて当てはまるものにチェックして下さい

問題がある場所は？	<input type="checkbox"/> 右上 <input type="checkbox"/> 前上 <input type="checkbox"/> 左上 <input type="checkbox"/> 歯ぐき <input type="checkbox"/> あご <input type="checkbox"/> その他 _____ <input type="checkbox"/> 右下 <input type="checkbox"/> 前下 <input type="checkbox"/> 左下	
どうなさいましたか？	<input type="checkbox"/> 検診希望 <input type="checkbox"/> クリーニング希望(歯石取り・着色除去・ホワイトニング・フッ素) <input type="checkbox"/> 虫歯がある <input type="checkbox"/> 痛い <input type="checkbox"/> しみる(冷・温・甘) <input type="checkbox"/> 詰め物が取れた <input type="checkbox"/> 歯がぐらつく <input type="checkbox"/> 腫れた/腫れてる <input type="checkbox"/> 口臭がある <input type="checkbox"/> 出血する <input type="checkbox"/> 入れ歯が合わない/入れ歯を入れたい <input type="checkbox"/> インプラント <input type="checkbox"/> 口が開けにくい <input type="checkbox"/> その他()	
どのように痛みますか？ (痛みのある方へ)	<input type="checkbox"/> ズキズキ <input type="checkbox"/> ずっと痛い <input type="checkbox"/> 時々痛い <input type="checkbox"/> 噛むと痛い <input type="checkbox"/> その他()	
いつ頃からですか？	<input type="checkbox"/> ____日前 <input type="checkbox"/> ____週間前 <input type="checkbox"/> ____ヶ月前 <input type="checkbox"/> その他()	
内科的疾患・既往歴は ありますか？	<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 高血圧・低血圧(最高 _____ 最低 _____) <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 肝炎(_____ 型) <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> その他()	
現在、通院中の病院は ありますか？	<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> ある → (_____)病院・(_____ 科)・(_____)先生	
現在飲んでいる薬は ありますか？	<input type="checkbox"/> 飲んでいない <input type="checkbox"/> 飲んでいる(薬名: _____) <small>※お薬手帳をお持ちの方はご提示ください</small>	
アレルギーはありますか？	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 薬 <input type="checkbox"/> 金属 <input type="checkbox"/> ゴム <input type="checkbox"/> 食品 <input type="checkbox"/> その他 _____ どんな? → (_____)	
前回、歯科治療を 受けられたのは？	いつ頃? _____ 前 (病院名: _____ 担当医: _____ 先生)	
今までに歯科治療を受けて 異常がありましたか？	<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 麻酔をした時 <input type="checkbox"/> 気分が悪くなった <input type="checkbox"/> 血が止まりにくかった <input type="checkbox"/> 歯を抜いた時 ⇒ <input type="checkbox"/> その他()	
女性の方へお聞きします	妊娠の可能性は? → <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(_____)ヶ月 授乳中ですか? → <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	
本日から治療希望ですか？	<input type="checkbox"/> いいえ(検診と説明のみ) <input type="checkbox"/> はい	

初めてご来院の方へ ……当医院では必要に応じてレントゲン撮影、記録の為口腔内写真を撮らせて頂くことがありますので、ご協力お願い致します。ご不安な事や疑問点等ありましたらご遠慮なくお訪ねください。

☆当医院に対するご希望があればお聞かせください

診療について ご希望があれば	<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 痛いところ、困っているところだけを治してほしい <input type="checkbox"/> 痛いところ、困っているところだけでなく、お口全体を治してほしい <input type="checkbox"/> 可能であれば _____ 月 _____ 日までに治療を終えてほしい <input type="checkbox"/> できるだけ来院回数を少なくしてほしい <input type="checkbox"/> 来院回数は増えても、一度の治療は少なくしてほしい <input type="checkbox"/> 説明は詳しくしてほしい <input type="checkbox"/> その他()	
予約について ご希望があれば	<input type="checkbox"/> 特になし ・来院できる時間帯 <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 <input type="checkbox"/> ____時以降 ・来院しやすい曜日 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土	
当医院をお知りになった理由は	<input type="checkbox"/> 買い物などの帰り道 <input type="checkbox"/> 駅、道路の看板 <input type="checkbox"/> タウンページ <input type="checkbox"/> インターネット <input type="checkbox"/> 知人・家族の紹介(ご紹介者名: _____ 様)	