

# 予 診 表

記入日 年 月 日

(ふりがな) お 名 前		生年月日	明 大 昭 平	年	月	日生
住 所	〒 -	連絡先TEL	( )			
		e-mail add:	@			
・前に歯の治療を受けられたのは						
<input type="checkbox"/> 当院		<input type="checkbox"/> 他院		ご紹介者		
約 年 ヶ月前頃です		通院しやすい日時について				
<input type="checkbox"/> 治療は生まれて初めてです						
・治療に対する希望 <input type="checkbox"/> 悪い歯は全部治したい <input type="checkbox"/> 今、痛みのある歯だけで良い						
・治療の方法（処置又は冠や義歯などを入れる時）						
<input type="checkbox"/> 保険の範囲内で良い		<input type="checkbox"/> 相談により保険外も考える		<input type="checkbox"/> 保険外でも良い		
・治療の進め方についての希望 <input type="checkbox"/> 1回の治療時間を長くしてもよいから受診回数を少なくしたい						
<input type="checkbox"/> 受診回数が多くてもよいから一回の診療時間を少なくしたい						
<input type="checkbox"/> その他、希望： .....						
・どうしましたか				・抜歯の経験		
<input type="checkbox"/> 歯が痛い（ ）日前から <input type="checkbox"/> 検診				<input type="checkbox"/> ある（ ）才頃 <input type="checkbox"/> ない		
<input type="checkbox"/> 冷たいもの・熱いものがしみる <input type="checkbox"/> 口臭				・血が止まりにくいことが		
<input type="checkbox"/> 歯ぐきがはれている <input type="checkbox"/> 顎が痛い・音になる				<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない		
<input type="checkbox"/> かむと痛い <input type="checkbox"/> 歯が動く				・今までに大きな病気をされたことは		
<input type="checkbox"/> 歯ぐきから血が出る 歯が動く				<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない		
<input type="checkbox"/> 以前に入れたものがはずれた				( )年頃 病名 .....		
<input type="checkbox"/> 歯をきれいにしたい(歯石など)				・今の体の状態		
・痛みは				<input type="checkbox"/> 異常がある		
<input type="checkbox"/> 少し痛い <input type="checkbox"/> ひどく痛い <input type="checkbox"/> しみる(熱・冷)				心臓・肝臓・腎臓・胃腸・糖尿・高血圧		
痛みの程度に×印をして下さい				低血圧・蓄膿・その他 .....		
痛くない 5 大変痛い				<input type="checkbox"/> 特に異常はない		
0                     10				・かかりつけの内科医院があれば		
・場所はどこですか				..... 医院		
左上 上前 右上				・アレルギー		
左下 下前 右下				<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> なし		
・歯科治療に対する恐怖心は				( 薬(ペニシリン・ピリン系) 注射 )		
こわさの程度に×印をして下さい						
こわくない 5 大変こわい				食べ物( ) アトピー )		
0                     10						
・矯正治療を過去に受けたことが				・麻酔注射について		
<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない				<input type="checkbox"/> 異常があった <input type="checkbox"/> 異常はなかった		
・その他、話しておきたいこと、希望することがあれば、書いて下さい				.....		
				・現在飲んでいる薬は		
				.....		
				・妊娠中の方は 予定日 月 日		
				・授乳中の方は 産後 日		

この予診表はあなたの診療目的以外には一切利用致しません。