

予 診 表

西暦 年 月 日

ふりがな ご氏名	愛称（お子様の場合）	生年月日 大・昭・平 年 月 日 (才)
ふりがな ご住所 〒		電話番号 自 宅 () 携 帯 ()
ご紹介者 様（続柄)		

★次の質問は、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、お手数ですができるだけ正確に記入して下さい。

どうなさいましたか	<input type="checkbox"/> ムシ歯の治療をしたい <input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> 歯ぐきが痛い、腫れた <input type="checkbox"/> 入れ歯を入れたい <input type="checkbox"/> くちの中が臭い <input type="checkbox"/> あごが痛い <input type="checkbox"/> 歯の清掃をしたい <input type="checkbox"/> つめ物がとれた <input type="checkbox"/> 歯並びを治したい <input type="checkbox"/> 検査をしたい <input type="checkbox"/> つめ物をキレイにしたい <input type="checkbox"/> 差し歯・かぶせ物をキレイにしたい <input type="checkbox"/> ホワイトニングをしたい <input type="checkbox"/> その他 ()
どこがお痛みですか	<input type="checkbox"/> 歯 <input type="checkbox"/> 歯肉 <input type="checkbox"/> 頬 <input type="checkbox"/> 左上 <input type="checkbox"/> 前上 <input type="checkbox"/> 右上 <input type="checkbox"/> 舌 <input type="checkbox"/> 唇 <input type="checkbox"/> あご <input type="checkbox"/> 左下 <input type="checkbox"/> 前下 <input type="checkbox"/> 右下
いつから痛いですか	<input type="checkbox"/> 今日始めて <input type="checkbox"/> () 日前から <input type="checkbox"/> ずっと前から <input type="checkbox"/> 時々
どのように痛いですか	<input type="checkbox"/> ズキズキ <input type="checkbox"/> ずーっと痛い <input type="checkbox"/> 痛んだり止んだり <input type="checkbox"/> 歯を合わせると痛い <input type="checkbox"/> 冷たいものがしみる <input type="checkbox"/> 熱いものがしみる
歯を抜いたことがありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (年前 / ヶ月前)
その時（歯を抜いた時）異常はありませんでしたか	<input type="checkbox"/> ある ⇒ <input type="checkbox"/> 血が止まらなかった <input type="checkbox"/> 何日も痛んだ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 貧血を起こした <input type="checkbox"/> 熱が出た
歯の注射をしたことがありますか	<input type="checkbox"/> ある ⇒ (その時、異常がありましたか) <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> その他 ()
麻酔等の注射をして異常はありませんでしたか	<input type="checkbox"/> ある ⇒ <input type="checkbox"/> 気分が悪くなった <input type="checkbox"/> 貧血を起こした <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> その他 ()
薬をのんで副作用はありませんでしたか	<input type="checkbox"/> ある ⇒ <input type="checkbox"/> 胃が悪くなる <input type="checkbox"/> 発疹が出る（じんましん等） <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> かゆくなる その薬品名 ()
特異体質やアレルギーはありませんか	<input type="checkbox"/> ある ⇒ <input type="checkbox"/> かぶれやすい <input type="checkbox"/> じんましんが出る <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ぜんそくがある <input type="checkbox"/> その他 ()
現在は何かの薬を飲んでいますか	<input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる その薬品名 ()

2枚目に続きます。

内科的な病気はありませんか	<input type="checkbox"/> ある ⇒ <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 胃潰瘍 <input type="checkbox"/> 高血圧（最高 mmHg 最低 mmHg） <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> 血友病 <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> リウマチ <input type="checkbox"/> 耳鼻疾患 <input type="checkbox"/> 性病 <input type="checkbox"/> その他（ ）
現在、他の医院にも通院していますか	<input type="checkbox"/> はい（病院名 / 科） <input type="checkbox"/> いいえ
タバコを吸いますか	<input type="checkbox"/> 吸う（1日 本） <input type="checkbox"/> 吸わない
現在の健康状態は	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 不良
女性の方に	<input type="checkbox"/> 生理中 <input type="checkbox"/> 妊娠（ ヶ月） <input type="checkbox"/> 授乳中
この機会に	<input type="checkbox"/> 悪い所は全部治したい <input type="checkbox"/> 痛い所だけでよい
診療についてのご希望	<input type="checkbox"/> 健康保険の範囲で治したい <input type="checkbox"/> 自費で治したい <input type="checkbox"/> なるべく保険で、保険がきかない所はよく相談して決めたい
当院を何でお知りになりましたか	<input type="checkbox"/> 前を通過 <input type="checkbox"/> 紹介（家族・友人・知人） <input type="checkbox"/> 広告（駅看板・看板・チラシ・紹介カード） <input type="checkbox"/> 当院ホームページ（パソコン・スマートフォン） <input type="checkbox"/> その他（ ）

歯科の治療には色々な選択肢があります。下記の項目は治療方法を決定する大事な要素です。すべてを満たすことが理想です。できる限り要望にお応えしたいと考えていますので、下記の中からあなたにとって重要であると思う項目に順番をお付け下さい。

- A 美しさ きれいな歯並びや白い自然な歯。義歯とわからない歯
- B 安全性 金属アレルギーや歯ぐきの変化・院内感染対策
- C 丈夫さ 修復した歯がながくもつ。壊れない。外れない。
- D 予防 虫歯や歯周病の再発をできるだけ防ぐ。
- E 時間 とにかく早く終わりたい
- F 費用

順位	記号
1位 ⇒	<input type="text"/>
2位 ⇒	<input type="text"/>
3位 ⇒	<input type="text"/>
4位 ⇒	<input type="text"/>
5位 ⇒	<input type="text"/>
6位 ⇒	<input type="text"/>

その他、何かございましたらお書き下さい	
---------------------	--

★お願い…疲労、発熱、頭痛、吐き気、睡眠不足、生理等体の不調な日は、必ず診療前に医師にお申し出下さい。ご記入ありがとうございました。

