

予 診 表

令和 年 月 日

ふりがな		昭和 平成 令和		年 月 日 (才)	
名前	男女	生年月日			
住所 〒			連絡先	自宅	()
メール				携帯	()
当院を何で知りましたか？ <input type="checkbox"/> 診療所の看板を見て <input type="checkbox"/> Google <input type="checkbox"/> Google Map <input type="checkbox"/> Yahoo <input type="checkbox"/> 知人の紹介 (ご紹介者) <input type="checkbox"/> 電話帳などを見て <input type="checkbox"/> その他 ()					

どうなさいましたか？ (複数可)	<input type="checkbox"/> 虫歯の治療をしたい <input type="checkbox"/> 詰め物・かぶせ物が取れた <input type="checkbox"/> 健診をしたい <input type="checkbox"/> 歯周病の治療をしたい <input type="checkbox"/> 入れ歯を作りたい <input type="checkbox"/> 歯の清掃をしたい <input type="checkbox"/> 歯並びを治したい <input type="checkbox"/> 歯を白くしたい <input type="checkbox"/> その他 ()
具合の悪い所はどこですか？ (複数可)	<input type="checkbox"/> 歯 <input type="checkbox"/> 歯ぐき <input type="checkbox"/> 入れ歯 <input type="checkbox"/> あご <input type="checkbox"/> 舌 <input type="checkbox"/> その他
現在痛みはありますか？ <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	《痛みのある方》・いつ頃からですか？ () 日前 () ヶ月 その他 () <input type="checkbox"/> しみる (冷たいもの・熱いもの) <input type="checkbox"/> ズキズキ痛い <input type="checkbox"/> 咬むと痛い <input type="checkbox"/> 時々痛い
最後の歯科の受診はいつ？	
麻酔注射や歯を抜いたりした時に異常はありましたか？	<input type="checkbox"/> 異常がなかった <input type="checkbox"/> 麻酔や歯を抜いた事がない <input type="checkbox"/> あった (症状:)
特異体質やアレルギーはありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 湿疹 <input type="checkbox"/> アトピー <input type="checkbox"/> 食物アレルギー <input type="checkbox"/> その他 ()
内科的な病気はありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> <u>心臓</u> <input type="checkbox"/> <u>糖尿病</u> <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> <u>骨粗しょう症</u> <input type="checkbox"/> 肝臓 <input type="checkbox"/> 腎臓 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> その他 () 女性の方 <input type="checkbox"/> 妊娠中 (ヶ月)
現在、通院している病院はありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (病院名)
現在飲んでいる薬は？	(薬名) 副作用 のでた薬はありますか？ (薬名)
この機会に...	<input type="checkbox"/> 悪い所は全部治療したい <input type="checkbox"/> 痛い所だけ治療したい <input type="checkbox"/> 相談したい
治療の方法について	<input type="checkbox"/> なるべく保険でそれ以外は説明してほしい <input type="checkbox"/> 保険の範囲で治療したい <input type="checkbox"/> 治療方法をその都度説明してほしい
ホワイトニングについて	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 説明を聞きたい
その他治療についてのご希望 ございますか？	