

予 診 表

この予診表は患者様により良い治療を受けていただくための大切な資料になります。
患者様のプライバシーは厳守致しますので、できるだけ正確に記入してください。



カルテNo,

フリガナ お名前	
生年月日	年 月 日生 (才)
ご住所	〒
電話番号	自宅: <input type="checkbox"/> 予約確認連絡はここへ
	携帯: <input type="checkbox"/> 予約確認連絡はここへ
E-mail	
勤務先 (学校名)	
当院を選ばれた理由を教えてください	<input type="checkbox"/> 広告を見て 広告名称(
	<input type="checkbox"/> 看板を見て <input type="checkbox"/> 建物(Tフラッツ)を見て <input type="checkbox"/> 近いから
	<input type="checkbox"/> 紹介 ご紹介者のお名前(
	<input type="checkbox"/> インターネット <input type="checkbox"/> グレイスデンタルクリニックHP <input type="checkbox"/> 東風会HP <input type="checkbox"/> 岡山矯正相談室 <input type="checkbox"/> インプラント支援センターHP <input type="checkbox"/> その他()
	<input type="checkbox"/> その他()
どうなさいましたか？ (複数回答可)	<input type="checkbox"/> 痛みがある (<input type="checkbox"/> しみる・ <input type="checkbox"/> ズキズキ痛い・ <input type="checkbox"/> かむと痛い・ <input type="checkbox"/> 腫れた・ <input type="checkbox"/> その他) 部位: _____
	<input type="checkbox"/> 以前治療した部分がとれた <input type="checkbox"/> 虫歯の治療がしたい
	<input type="checkbox"/> 口臭がある <input type="checkbox"/> 口の中にできものがある
	<input type="checkbox"/> 歯石をとりたい <input type="checkbox"/> 検査をしてほしい
	<input type="checkbox"/> 入れ歯を入れたい・入れ歯が合わない <input type="checkbox"/> 歯並びが気になる
	<input type="checkbox"/> 歯を白くしたい(ホワイトニング) <input type="checkbox"/> 歯ぐき (<input type="checkbox"/> 出血・ <input type="checkbox"/> 腫れ・ <input type="checkbox"/> 色)
	<input type="checkbox"/> その他(

予診表つづき

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？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある（状態： _____）
現在の健康状態は？（複数回答可）	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> 妊娠中 <input type="checkbox"/> 妊娠の可能性がある <input type="checkbox"/> 血圧が高い（上 _____ / 下 _____） <input type="checkbox"/> 肝臓が悪い、又は肝炎といわれたことがある（ _____ 型） <input type="checkbox"/> 糖尿病がある <input type="checkbox"/> 腎臓が悪い <input type="checkbox"/> 心臓が悪い <input type="checkbox"/> その他病気があれば（ _____）
現在医者にかかっていますか？	<input type="checkbox"/> 通院中（病院名： _____ 科名： _____）
1年以内に大きな病気や手術をしたことがありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい（病名： _____）
常用している薬はありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい（薬名： _____）
薬を飲んで副作用があったことはありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい（薬名： _____）
アレルギーや特異体質はありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> アレルギーがある（ _____） <input type="checkbox"/> かぶれやすい <input type="checkbox"/> じんましんがでる <input type="checkbox"/> ぜんそくがある
喫煙しますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 以前吸っていた（ _____ 年前） <input type="checkbox"/> はい（ _____ 本／日、 _____ 年間）
診療に対する希望	<input type="checkbox"/> _____ 月 _____ 日までに治療を終えてほしい <input type="checkbox"/> 1度にたくさん治療し、来院回数を少なくしてほしい <input type="checkbox"/> 極端に「こわがり」なので注意してほしい <input type="checkbox"/> 困っているところだけを治したい <input type="checkbox"/> 問題があれば、治療の提案してほしい <input type="checkbox"/> お口の中、全体を治してほしい <input type="checkbox"/> 自分の歯についてカウンセリングの時間を設けてほしい <input type="checkbox"/> 健康保険の範囲で治療したい <input type="checkbox"/> 健康保険と併用で保険の範囲外は、相談の上、自己負担してもよい <input type="checkbox"/> その他（ _____）
今まで歯科医院で経験した不満・怒り、また決してして欲しくないことがありましたら教えてください。 <input type="checkbox"/> ある（ _____）	
ご都合の良い曜日（複数回答可）	<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 何曜日でも <input type="checkbox"/> その他（ _____）
ご都合の良い時間帯（複数回答可）	<input type="checkbox"/> 9時30分～11時 <input type="checkbox"/> 11～12時 <input type="checkbox"/> 12～13時 <input type="checkbox"/> 14～16時30分（土曜のみ） <input type="checkbox"/> 14時30分～16時 <input type="checkbox"/> 16～17時 <input type="checkbox"/> 17～18時 <input type="checkbox"/> 18～19時 <input type="checkbox"/> 何時でも <input type="checkbox"/> その他（ _____）