

佐藤歯科医院 予診表

記入日 平成 年 月 日

ふりがな		男 女	生年月日	明 大 昭 平			年	月	日 ( ) 歳
お名前									
ご住所 〒									
電話番号	<自宅> ( )	<携帯> ( )	<勤務先>	( )					
当院を知った理由をお聞かせください。 <input type="checkbox"/> 紹介者 ( ) <input type="checkbox"/> インターネット (検索ワード: ) <input type="checkbox"/> その他 ( )									

個人情報の守秘義務は厳守いたします。正確にお答えください。

◆当院にお見えになったのは	<input type="checkbox"/> はじめて <input type="checkbox"/> 前に来たことがある (約 年前)
◆本日はどうされましたか？	<input type="checkbox"/> 歯が痛い (ズキズキする・噛むと痛い・しみる (冷・温)・時々痛い) <input type="checkbox"/> むし歯の治療をしたい <input type="checkbox"/> 歯が欠けた <input type="checkbox"/> 歯がグラグラする <input type="checkbox"/> 歯周病を治したい <input type="checkbox"/> 歯ぐきが腫れた <input type="checkbox"/> 歯ぐきから血が出る <input type="checkbox"/> 詰め物がとれた <input type="checkbox"/> 歯石を取りたい <input type="checkbox"/> 歯を白くしたい <input type="checkbox"/> 検診をしてほしい <input type="checkbox"/> 歯並びが気になる <input type="checkbox"/> インプラントにしたい <input type="checkbox"/> その他 ( )
◆いつから痛みますか？	<input type="checkbox"/> 今日から <input type="checkbox"/> ( ) 日前から <input type="checkbox"/> ( ) 週間前から <input type="checkbox"/> 時々
◆最近、歯科にかかったのはいつですか？	<input type="checkbox"/> ( ) ヶ月前 <input type="checkbox"/> ( ) 年前くらい <input type="checkbox"/> 現在通っている
◆以前の治療や麻酔注射で、何か異常がありましたか？	<input type="checkbox"/> ある ⇒ ①麻酔が効きにくかった ②麻酔をして気分が悪くなった ③痛みがひどかった ④血が止まりにくかった ⑤熱が出た <input type="checkbox"/> ない ⑥その他 ( )
◆アレルギーがありますか？	<input type="checkbox"/> ある ⇒ ①お薬 (麻酔薬、抗生物質、ピリン系、その他) <input type="checkbox"/> ない ②食べ物 ( ) ③金属 ( ) ④その他 ( )
◆現在他の医療機関への通院やお薬の服用がありますか？	<input type="checkbox"/> ある ⇒ ①医院名 ( ) ②薬剤名 ( ) <input type="checkbox"/> ない ③いつから ( ) 年 ( ) 月頃から
◆今までにかかった病気はありますか？	<input type="checkbox"/> ある ⇒ 心臓病、不整脈、血圧 (高い・低い)、糖尿病、血液疾患、 <input type="checkbox"/> ない 肝臓病、腎臓病、リウマチ、ぜんそく、その他 ( )
◆治療範囲のご希望	<input type="checkbox"/> 痛い所だけを治したい <input type="checkbox"/> 悪い所は全部治したい <input type="checkbox"/> その他 ( )
◆女性の方へ、妊娠されていますか？	<input type="checkbox"/> はい ⇒ ( ) ヶ月 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> わからない (治療期間中に妊娠された方は、お知らせください。)
◆ご希望や疑問な点がございましたら、ご記入ください。	<div style="border: 1px solid black; height: 50px; width: 100%;"></div>