

カルテNo. _____

予 診 表

ふりがな		生年月日	□昭和・□平成・□令和 年 月 日 才
氏 名			
自宅住所		自宅電話：	
		携帯電話：	
緊急時に連絡できる家族の名前	TEL	Eメール：	
予約案内	□予約時間前日お知らせ (ライン or メール) □希望しない		血液型： 型
職 業	□会社員 □アルバイト □医療従事者 □主婦 □大学生 □専門学校生 □自営業 □会社役員		
今日はどうなさいましたか？ <input type="checkbox"/> 時々痛いところがある <input type="checkbox"/> 今現在も痛い <input type="checkbox"/> 親知らずが痛い <input type="checkbox"/> しみるところがある <input type="checkbox"/> 定期検診を受けたい <input type="checkbox"/> クリーニングしたい <input type="checkbox"/> フッ素塗布したい <input type="checkbox"/> 歯がグラグラする <input type="checkbox"/> 口臭が気になる <input type="checkbox"/> 歯肉から出血する <input type="checkbox"/> 歯肉が腫れている <input type="checkbox"/> 歯肉が痛い <input type="checkbox"/> 義歯の調子が悪い <input type="checkbox"/> その他 症状 _____			

※ 治療を行う上で必要になりますので、必ずあてはまる事項の□にチェックして下さい。

Q, 今までの健康状態について(次の病気にかかった事がありますか?)

- 高血圧症 糖尿病 肝臓病 腎臓病 心臓病 骨粗鬆症 メニエール病
 脳出血 脳梗塞 リウマチ 喘息 うつ病 アトピー性皮膚炎
 認知症 貧血 緑内障 白内障 パーキンソン病 その他(病名 _____)

Q, お口の健康状態について

- 硬いものが食べにくくなった 汁物を飲む時、ときどきむせるようになった
 口の中が乾くようになった 薬が飲みにくくなった 滑舌が悪くなった
 食事をするのに時間がかかるようになった 食後に口の中に食べ物が残るようになった
 歯ざしりがある くいしばりがある

Q, 現在の体調はどうでしょうか?

- 良好 不良 妊娠中 (令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日出産予定)
 妊娠の疑いがある 授乳中
 アレルギー → 薬(薬名 _____) 食べ物(食品名 _____)

Q, 日常生活について

- 喫煙 あり 1日 (_____ 本) なし 飲酒 あり なし
 好きな食べ物 ケーキ クッキー チョコレート キャンディー ヨーグルト
 好きな飲物 清涼飲料水 紅茶 コーヒー 日本茶 炭酸飲料 乳酸菌飲料

Q, 歯科で麻酔の注射を受けたことがありますか?

- ない ある → その時の様子は なんともなかった 気分が悪くなった

Q, 治療に対する希望について

- 1、保険の範囲内で治療を希望しますか? はい 自費治療の説明を聞きたい
 2、治療が必要なところは、全て治したいですか? 全体治療希望 気になるところだけ希望

Q, 当院に来院されたのは?(理由)

- HPを見て 近い 以前から通っている 紹介・御紹介者名(_____ 様)
 インターネットの評判

Q, 希望するDrはいますか?

- 特になし ドクター名(_____)