

年 月 日

担当:

カルテNo

予 診 表

まさき歯科医院

フリガナ		生年月日 (満 歳)
お名前	(男・女)	明・大・昭・平 年 月 日
ご住所	〒	
お電話番号	自宅:	会社: 携帯:
ご職業		
携帯アドレス		
PCアドレス		

どうなさいましたか	<input type="checkbox"/> 歯が痛い (しみる、ズキズキ痛い、かむと痛い、はれた、鈍痛、その他) <input type="checkbox"/> 口臭がある <input type="checkbox"/> 歯ぐきから血が出る <input type="checkbox"/> 口の中にできものがある <input type="checkbox"/> 入れ歯が合わない/入れ歯を入れたい <input type="checkbox"/> 顔がはれている <input type="checkbox"/> 歯石を取りたい <input type="checkbox"/> 健診をしてほしい <input type="checkbox"/> 詰め物、被せ物が取れた <input type="checkbox"/> その他 ()
現在の健康状態は	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 不良 * 女性の方のみ <input type="checkbox"/> 妊娠中(月) <input type="checkbox"/> 妊娠希望
今までかかった病気は	<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 低血圧 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> 肝炎 <input type="checkbox"/> その他()
次のようなことがありますか	<input type="checkbox"/> 傷が化膿しやすい <input type="checkbox"/> ジンマシンが出やすい <input type="checkbox"/> 湿疹が出やすい <input type="checkbox"/> 口内炎にかかりやすい <input type="checkbox"/> 薬過敏(薬品名:) <input type="checkbox"/> 下痢しやすい <input type="checkbox"/> 喘息がある <input type="checkbox"/> 風邪をひきやすい <input type="checkbox"/> 血が止まりにくい <input type="checkbox"/> 薬を飲むと胃が悪くなる <input type="checkbox"/> 花粉症である <input type="checkbox"/> その他()
現在飲んでいる薬はありますか	<input type="checkbox"/> 飲んでいない <input type="checkbox"/> ビタミン剤 <input type="checkbox"/> ホルモン剤 <input type="checkbox"/> 血圧の薬 <input type="checkbox"/> 糖尿病の薬 <input type="checkbox"/> 血の流れが良くなる薬 <input type="checkbox"/> その他()
輸血を受けたことが	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない
ご家族で輸血を受けた事がある方は	<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない
当院をお知りになった理由は	<input type="checkbox"/> 知人・家族からの紹介(ご紹介者名) <input type="checkbox"/> 駅看板を見て <input type="checkbox"/> 建物を見て <input type="checkbox"/> かかりつけ <input type="checkbox"/> タウンページを見て <input type="checkbox"/> ホームページを見て <input type="checkbox"/> 近いから <input type="checkbox"/> その他()

* 次のページにも記入をお願い致します。

ご家族で当院を受診された方が	<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> お名前()
前回歯科治療を受けられたのは?	<input type="checkbox"/> 他院で(年 月前)
その時の感想は?	<input type="checkbox"/> 痛かった <input type="checkbox"/> 痛くなかった <input type="checkbox"/> 怖かった <input type="checkbox"/> 優しかった <input type="checkbox"/> 通院が大変 <input type="checkbox"/> 便利だった <input type="checkbox"/> 説明してくれなかった <input type="checkbox"/> よく理解できた <input type="checkbox"/> その他()
診療についてご希望があれば	<input type="checkbox"/> 月 日までに治療を終えてほしい <input type="checkbox"/> 一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"/> 来院の回数は増えても、一度の治療は少しずつにしてほしい <input type="checkbox"/> 極端に“こわがり”なので注意してほしい <input type="checkbox"/> 痛いところ、困っているところだけ治してほしい <input type="checkbox"/> 痛いところ、困っているところだけでなく、お口の中全体を治してほしい <input type="checkbox"/> 自分の歯についてのカウンセリング(相談)の時間を設けてほしい
◆ 興味のある治療・話を聞いてみたい医療情報についてチェックしてください。	
<input type="checkbox"/> ホワイトニング <input type="checkbox"/> 歯科矯正 <input type="checkbox"/> 歯周病 <input type="checkbox"/> 目立たない入れ歯 <input type="checkbox"/> 口臭予防 <input type="checkbox"/> きれいな歯並び <input type="checkbox"/> 歯石除去 <input type="checkbox"/> 訪問歯科 <input type="checkbox"/> 鼻呼吸・口呼吸 <input type="checkbox"/> 白い歯 <input type="checkbox"/> ヤニ・汚れの清掃 <input type="checkbox"/> 高齢者向け歯科治療 <input type="checkbox"/> 金属アレルギー <input type="checkbox"/> ジルコニア <input type="checkbox"/> 無痛治療 <input type="checkbox"/> 嚥下機能改善 <input type="checkbox"/> 歯ぎしり、噛みしめ <input type="checkbox"/> オールセラミック <input type="checkbox"/> 削らない治療 <input type="checkbox"/> 定期メンテナンス <input type="checkbox"/> インプラント <input type="checkbox"/> メタルボンド <input type="checkbox"/> 入れ歯 <input type="checkbox"/> 妊婦歯科治療	
予約についてのご希望があれば	・来院できる時間帯 <input type="checkbox"/> 午前 時頃 <input type="checkbox"/> 午後 時頃 ・来院できる曜日 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 特になし
当科以外のかかりつけ医院	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 病院名()
以前に歯を抜いたことがありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ⇒ その時異常はありましたか <input type="checkbox"/> 気分が悪くなった <input type="checkbox"/> 血が止まりにくかった <input type="checkbox"/> その他()
喫煙について	・現在タバコは吸っていますか(はい ・ いいえ) ・過去に吸った事がありますか(はい ・ いいえ) * 吸っている方・過去に吸っていた方へ 1日(本) ()年間 ()才位から
その他気になることやご希望がございましたら、ご記入下さい	