

年 月 日

担当:

カルテNo

予診表 (お子様について)		まさき歯科医院	
フリガナ		生年月日 (満 歳)	
お名前	(男・女)	昭・平	年 月 日
ご住所	〒		
お電話番号	自宅:		
学校・幼稚園名			
お子様の愛称			

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"/> 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"/> 歯が動く <input type="checkbox"/> 歯並びが心配 <input type="checkbox"/> 健診をしてほしい <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
現在かかっている病気は	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 病気名 ()
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"/> アレルギー(食品、薬品名:) <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"/> 下痢しやすい <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()
輸血を受けたことが	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある
ご家族で輸血を受けた事がある方は	<input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる
服用中のお薬	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (薬品名:)



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（ ）
ご家族で当院を受診された方が	<input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる <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"/> カウンセリング(相談)の時間を設けてほしい
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"/> ない <input type="checkbox"/> ある <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（ ）
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	

