

予 診 表

平成 年 月 日

古山歯科医院

ふりがな ご氏名	愛称 (お子様の場合)	生年月日 大・昭・平 年 月 日 (才)
性別 男 女	自宅 () 勤務先 ()	携帯 ()
ご住所	勤務先住所	
勤務先	ご職業	

質問事項は診療のための大切な参考資料です。プライバシーは厳守いたしますので、お手数ですができるだけ正確にご記入下さい。

当院を選んだ理由	<input type="checkbox"/> 看板を見て <input type="checkbox"/> 通院に便利 <input type="checkbox"/> ご紹介 (ご紹介者) <input type="checkbox"/> その他 ()							
どうなさいましたか?	<input type="checkbox"/> 歯が痛い・しみる <input type="checkbox"/> 歯ぐきが痛い・腫れた <input type="checkbox"/> 歯の色や見映えが気になる <input type="checkbox"/> 物がはさまる <input type="checkbox"/> 食べ物がかみづらい <input type="checkbox"/> あごが痛い <input type="checkbox"/> 口臭が気になる <input type="checkbox"/> 歯の検査や清掃をしたい <input type="checkbox"/> つめ物がとれた <input type="checkbox"/> 歯並びを治したい <input type="checkbox"/> その他 ()							
部位はどこですか?	<table border="1"> <tr> <td>右上</td> <td>前上</td> <td>左上</td> <td rowspan="2">□その他 ()</td> </tr> <tr> <td>右下</td> <td>前下</td> <td>左下</td> </tr> </table>	右上	前上	左上	□その他 ()	右下	前下	左下
右上	前上	左上	□その他 ()					
右下	前下	左下						
歯科治療のご経験はありますか?	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (年前 / ヶ月前)							
歯科治療時に不具合を経験したことはありますか?	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 血が止まらなかった <input type="checkbox"/> 何日も痛んだ <input type="checkbox"/> 貧血を起こした <input type="checkbox"/> 熱が出た <input type="checkbox"/> 気分が悪くなった <input type="checkbox"/> 他症状 ()							
薬や食べ物のアレルギー その他 特異体質はありますか?	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 発疹 (じんましん等) やかゆみが出る →アレルギーとなった薬品名・食べ物 () <input type="checkbox"/> 金属アレルギー <input type="checkbox"/> 胃が悪くなる <input type="checkbox"/> その他 ()							
現在かかっている病気は ありませんか?	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 心臓病 (心筋梗塞・狭心症・不整脈) <input type="checkbox"/> 肝臓病 (肝機能障害・肝硬変・肝炎ABC型) <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 骨粗しょう症 <input type="checkbox"/> 高血圧 (最高 mmHg 最低 mmHg) <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> AIDS <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> リウマチ <input type="checkbox"/> その他 ()							
他の医院にも通院していますか?	<input type="checkbox"/> はい (病院名 / 科) <input type="checkbox"/> いいえ							
現在、何かの薬を飲んでいますか?	<input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる その薬品名 ()							
現在の健康状態は?	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 不良							
女性の方に	<input type="checkbox"/> 妊娠 (ヶ月) <input type="checkbox"/> 授乳中							
歯石を取ったご経験はありますか?	<input type="checkbox"/> ある (ヶ月前 / 年前) <input type="checkbox"/> ない							
診療についてのご希望	<input type="checkbox"/> お口の中全体を良くしたい <input type="checkbox"/> 不具合のあるところだけを治療したい <input type="checkbox"/> 見た目を良くしたい <input type="checkbox"/> 定期的にメンテナンスをしたい							
その他、何かございましたら ご記入下さい								

ご記入ありがとうございました。

★お願い 当院は予約制となっております。ご都合が悪くなり、ご来院が出来なくなった場合はお手数ですが、ご一報願います。その他体調不良等、何かございましたら、診療前に医師にお申し出下さい。