



ふりがな		性別・年齢	男 / 女 [歳]
お名前		生年月日	大・昭・平 年 月 日
ご住所	〒 [] - [] []		
電話番号	- -	携帯電話番号	- -
来院希望日時	<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 の <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 <input type="checkbox"/> 夕方に診療を希望		
来院の契機	<input type="checkbox"/> 看板をみて <input type="checkbox"/> ホームページを見て <input type="checkbox"/> 家から近い <input type="checkbox"/> 職場から近い <input type="checkbox"/> 口コミ <input type="checkbox"/> ご紹介（ご紹介者： _____ 様 / <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 友人 <input type="checkbox"/> 知人 <input type="checkbox"/> その他）		
来院交通手段	<input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> 電車 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> 車		
ご職業	<input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 公務員 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 主婦 <input type="checkbox"/> 医療関係 [_____] <input type="checkbox"/> その他		

この予診票は患者様により良い治療を受けていただくための参考にさせていただくものです。

患者様のプライバシーは厳守致しますので、正確にご記入ください。

01 今日はどうされましたか？	<input type="checkbox"/> 痛い <input type="checkbox"/> しみる <input type="checkbox"/> はれている <input type="checkbox"/> とれた、欠けた <input type="checkbox"/> 気になる <input type="checkbox"/> ケガをした <input type="checkbox"/> [_____]	→	<input type="checkbox"/> 右上 <input type="checkbox"/> 上前歯 <input type="checkbox"/> 右下 <input type="checkbox"/> 下前歯 <input type="checkbox"/> 左上 <input type="checkbox"/> 左下 <input type="checkbox"/> 舌・粘膜 <input type="checkbox"/> あご <input type="checkbox"/> 親しらず	→	<input type="checkbox"/> ③ いつからですか？ <input type="checkbox"/> 以前から時々 <input type="checkbox"/> 1週間ほど前から <input type="checkbox"/> 3日ほど前から <input type="checkbox"/> 昨日から <input type="checkbox"/> 今日から
	<input type="checkbox"/> 定期検診 <input type="checkbox"/> 審美の相談 <input type="checkbox"/> 歯並びの相談 <input type="checkbox"/> セカンドオピニオン	→	<input type="checkbox"/> その他（具体的にお書き下さい）		
02 審美歯科希望の方で、特に気になる点は？	<input type="checkbox"/> 歯の色 <input type="checkbox"/> 歯並び	<input type="checkbox"/> 歯の形 <input type="checkbox"/> 歯ぐきの色	<input type="checkbox"/> かぶせものの色 <input type="checkbox"/> 歯ぐきの形	<input type="checkbox"/> かぶせものの形	
03 痛みがある場合、どのような痛みですか？	<input type="checkbox"/> 時々痛い <input type="checkbox"/> しみる	<input type="checkbox"/> ズキズキ痛い <input type="checkbox"/> 痛くて眠れない	<input type="checkbox"/> ひびく <input type="checkbox"/> 今現在、痛み止めを飲んでいる	<input type="checkbox"/> 噛むと痛い	
04 今回の治療は？	<input type="checkbox"/> 悪いところは全部治したい <input type="checkbox"/> 症状のあるところだけ治したい				
05 治療に対するご希望は？	<input type="checkbox"/> 一番良い治療を希望したい <input type="checkbox"/> 色々な治療法を、説明を受けて選びたい <input type="checkbox"/> かかりつけ医が別にいるので、今日は応急処置のみしてほしい <input type="checkbox"/> 保険の範囲内でのしたい				
06 過去に病気にかかったことがありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 高血圧 [_____ / _____ mmHg] <input type="checkbox"/> 糖尿病 [_____ / _____] HbA1c [_____] <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 脳疾患 <input type="checkbox"/> 血液疾患 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 骨そしょう症 <input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> ちくのう症 <input type="checkbox"/> 胃腸疾患 <input type="checkbox"/> 肝臓病 [アルコール性肝炎・B型肝炎・C型肝炎・その他 (_____)] <input type="checkbox"/> その他 [_____]				

