

# 予 診 表

平成 年 月 日

No.

ふりがな		性	生 年 月 日	職 業
氏 名		男・女	明大 昭平 年 月 日生	
現住所	〒□□□-□□□□			TEL
勤務先				TEL
どうなさいましたか	<input type="checkbox"/> むし歯の治療をしたい <input type="checkbox"/> 歯肉から血が出る <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 入歯を入りたい <input type="checkbox"/> 歯石をとってほしい ( )			
お痛みのある方	どこがお痛みですか	<input type="checkbox"/> 歯 <input type="checkbox"/> 親知らず <span style="float: right;">右上   上前   左上</span> <input type="checkbox"/> 歯肉 <input type="checkbox"/> その他 ( ) <span style="float: right;">右下   下前   左下</span>		
	いつから	<input type="checkbox"/> 今日はじめて <input type="checkbox"/> 日前から <input type="checkbox"/> ずっと前から <input type="checkbox"/> 時々		
	昨夜は	<input type="checkbox"/> 痛くない <input type="checkbox"/> 痛いがねむれた <input type="checkbox"/> くすりを飲んだ <input type="checkbox"/> 眠れない <input type="checkbox"/> くすりの名前 ( )		
	今は	<input type="checkbox"/> 痛くない <input type="checkbox"/> 少し痛い <input type="checkbox"/> ひどく痛い		
	痛み方は	<input type="checkbox"/> ズキズキ痛い <input type="checkbox"/> 痛んだり止まったり <input type="checkbox"/> かむと痛い <input type="checkbox"/> ずーっと痛い		
	冷たいものには	<input type="checkbox"/> しみる <input type="checkbox"/> しみない <input type="checkbox"/> わからない		
	熱いものには	<input type="checkbox"/> しみる <input type="checkbox"/> しみない <input type="checkbox"/> わからない		
必ずお書き下さい	歯をぬいたことはありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある 最近抜いたのは __ヶ月 __年前 <input type="checkbox"/> ずっと前		
	その時、何か異常はありませんでしたか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ・血が止まらなかった ・なん日も痛みが続いた <input type="checkbox"/> 貧血をおこした ・その他 ( )		
	薬で副作用はありませんか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ・ピリン系 ・マーキュロクローム <input type="checkbox"/> ペニシリン系 ・その他 ( )		
	麻酔注射で異常はありませんでしたか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ・血が止まらなかった ・なん日も痛みが続いた <input type="checkbox"/> 貧血をおこした ・その他 ( )		
	内科的な病気はありませんか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ・心臓 ・血圧 (上__ 下__) ・糖尿 <input type="checkbox"/> 腎臓 ・肝臓 ・その他 ( )		
	現在つづけているお薬はありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ・くすりの名前あるいはどの病気ですか ( )		
その他特別なことはありませんか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある 妊娠 __ヶ月 ・その他 ( )			
この機会に	1. 悪いところは全部なおしたい      2. 今痛んでるところだけなおしたい			
診療についてのご希望は	1. 健康保険の範囲で      3. 最もよい方法と材料でなおしたい 2. なるべく保険で、保険のきかないところは自費でもかまわない      4. よく相談して決めたい			
診療費について	1. 予め予算を聞いておきたい      2. その必要はない			
当院をどうやってお知りになりましたか?				
1. 紹介で(紹介者名 )	2. ホームページ    3. 前をよく通るから    4. 広告    5. その他			