

平成 年 月 日

予 診 表



横浜歯科クリニック
Tel・Fax 045-892-8318

ふりがな ご氏名		生年月日 大・昭・平 年 月 日 (才)
ご住所		自 宅 TEL () FAX ()
勤務先・ご職業	携帯アドレス	勤務先 ()
ご紹介者 様 (続柄)		携 帯 ()

★次の質問は、あなたの診療のための大切な参考資料です。あなたの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記入して下さい。

当院を何でお知りになりましたか	<input type="checkbox"/> 前を通って <input type="checkbox"/> 紹介(家族・友人・知人 氏名 _____) <input type="checkbox"/> 看板 <input type="checkbox"/> チラシ <input type="checkbox"/> タウンページ <input type="checkbox"/> 紹介カード <input type="checkbox"/> パンフレット <input type="checkbox"/> インターネット(パソコン) <input type="checkbox"/> インターネット(携帯) <input type="checkbox"/> その他 ()												
当院のHPはご覧になりましたか	<input type="checkbox"/> HPを見た <input type="checkbox"/> スマートフォンサイトを見た <input type="checkbox"/> 携帯用サイトを見た <input type="checkbox"/> 見ていない												
どうなさいましたか	<input type="checkbox"/> ムシ歯の治療をしたい <input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> 歯ぐきが痛い、腫れた <input type="checkbox"/> 入れ歯を入れたい <input type="checkbox"/> くちの中が臭い <input type="checkbox"/> 歯の清掃をしたい <input type="checkbox"/> つめ物がとれた <input type="checkbox"/> 歯並びを治したい <input type="checkbox"/> 検査をしたい <input type="checkbox"/> つめ物をキレイにしたい <input type="checkbox"/> 差し歯・かぶせ物をキレイにしたい <input type="checkbox"/> その他 ()												
ホワイトニングについて	<input type="checkbox"/> したい <input type="checkbox"/> 説明を聞きたい <input type="checkbox"/> 興味がない												
歯並びについて	<input type="checkbox"/> きれいに治したい <input type="checkbox"/> 説明を聞きたい <input type="checkbox"/> 興味がない												
どこがお痛みですか	<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/>歯</td> <td><input type="checkbox"/>歯肉</td> <td><input type="checkbox"/>頬</td> <td>左上</td> <td>前上</td> <td>右上</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>舌</td> <td><input type="checkbox"/>唇</td> <td><input type="checkbox"/>あご</td> <td>左下</td> <td>前下</td> <td>右下</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> 歯	<input type="checkbox"/> 歯肉	<input type="checkbox"/> 頬	左上	前上	右上	<input type="checkbox"/> 舌	<input type="checkbox"/> 唇	<input type="checkbox"/> あご	左下	前下	右下
<input type="checkbox"/> 歯	<input type="checkbox"/> 歯肉	<input type="checkbox"/> 頬	左上	前上	右上								
<input type="checkbox"/> 舌	<input type="checkbox"/> 唇	<input type="checkbox"/> あご	左下	前下	右下								
いつから痛いですか	<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												
どのように痛いですか	<input type="checkbox"/> ズキズキ <input type="checkbox"/> ずーっと痛い <input type="checkbox"/> 痛んだり止んだり <input type="checkbox"/> 歯を合わせると痛い <input type="checkbox"/> 冷たいものがしみる <input type="checkbox"/> 熱いものがしみる												
歯を抜いたことがありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (年前 / ヶ月前)												
その時(歯を抜いた時)異常はありませんでしたか	<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"/> ない ⇒ <input type="checkbox"/> 貧血を起こした <input type="checkbox"/> 熱が出た												
歯の治療をしたことがありますか	<input type="checkbox"/> ある ⇒ (その時、異常がありましたか) <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ない ⇒ <input type="checkbox"/> その他 ()												

裏面に続きます。

麻酔等の注射をして異常はありませんでしたか	<input type="checkbox"/> ある ⇒ <input type="checkbox"/> 気分が悪くなった <input type="checkbox"/> 貧血を起こした <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> その他 ()
薬をのんで副作用はありませんでしたか	<input type="checkbox"/> ある ⇒ <input type="checkbox"/> 胃が悪くなる <input type="checkbox"/> 発疹が出る (じんましん等) <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> かゆくなる その薬品名 ()
特異体質やアレルギーはありませんか	<input type="checkbox"/> ある ⇒ <input type="checkbox"/> かぶれやすい <input type="checkbox"/> じんましんが出る <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ぜんそくがある <input type="checkbox"/> その他 ()
現在は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 ()
内科的な病気はありませんか	<input type="checkbox"/> ある ⇒ <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 胃潰瘍 <input type="checkbox"/> 高血圧 (最高 mmHg 最低 mmHg) <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> 血友病 <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> リウマチ <input type="checkbox"/> 耳鼻疾患 <input type="checkbox"/> 性病 <input type="checkbox"/> その他 ()
現在、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
タバコを吸いますか	<input type="checkbox"/> 吸う (1日 本) <input type="checkbox"/> 吸わない
口臭は気になりますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
女性の方に	<input type="checkbox"/> 生理中 <input type="checkbox"/> 妊娠 (ヶ月) <input type="checkbox"/> 授乳中
この機会に	<input type="checkbox"/> 悪い所は全部治したい <input type="checkbox"/> 痛い所だけでよい

この中で少しでも気になっていることがあれば教えてください。

- 歯を白くしたい
- 歯並びが気になる
- 銀歯やつめものの変色など、見た目が気になる
- 入れ歯の違和感、発音のしづらさや噛みにくさがストレスになっている
- これ以上、歯を失いたくない、今ある歯をできるだけ長く使いたい。

お口の中に異状ははなないか、全ての検査を希望する (歯、歯ぐき、だ液等)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ																												
定期検診 (予防) について	<input type="checkbox"/> 是非受けたい <input type="checkbox"/> あまり受けたくない <input type="checkbox"/> 説明を聞きたい																												
通院できる時間帯に○をしてください	<table border="1"> <thead> <tr> <th>月曜日</th> <th>火曜日</th> <th>水曜日</th> <th>木曜日</th> <th>金曜日</th> <th>土曜日</th> <th>日曜日</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>午前</td> <td>午前</td> <td>午前</td> <td>午前</td> <td>午前</td> <td>午前</td> <td>—</td> </tr> <tr> <td>午後</td> <td>午後</td> <td>午後</td> <td>午後</td> <td>午後</td> <td>午後</td> <td>—</td> </tr> <tr> <td>夜</td> <td>夜</td> <td>夜</td> <td>夜</td> <td>夜</td> <td>夜</td> <td>—</td> </tr> </tbody> </table>	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	日曜日	午前	午前	午前	午前	午前	午前	—	午後	午後	午後	午後	午後	午後	—	夜	夜	夜	夜	夜	夜	—
月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	日曜日																							
午前	午前	午前	午前	午前	午前	—																							
午後	午後	午後	午後	午後	午後	—																							
夜	夜	夜	夜	夜	夜	—																							
治療時間は	<input type="checkbox"/> 1回の治療時間が長くても治療回数が少ないほうがよい <input type="checkbox"/> 治療回数が多くても1回の治療時間は短いほうがよい																												

★お願い

当院は予約制となっております。キャンセルをされますと治療結果に悪影響が出ることもありますので、キャンセルは出来るだけされないようお願いいたします。

疲労、発熱、頭痛、吐き気、睡眠不足、生理等 体の不調な日は、必ず診療前に医師にお申し出下さい。

ご記入ありがとうございました。