令和　　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　　男 女		生年月日 大・昭・平・令　　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	**□前を通って** **□紹介（家族・友人・知人　　氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）** **□看板　□チラシ** **□タウンページ** **□紹介カード　□パンフレット** **□インターネット（パソコン）　□インターネット（携帯）** **□その他　（　　）**
当院の HPについて	**□HP を見た　□スマートフォンサイトを見た　□見ていない**
HP・スマホサイト内の「はじめての方へ」のページを	**□見た　　□見てない**
HPスマホ内の「メディカルトリートメントモデル」について	□理解した　□よくわからない　□説明希望
HPスマホ内の「治療のない診療室を目指して」について	□読んだ　□読んでない　□少し読んだ
どうなさいましたか	□ムシ歯の治療をしたい　□歯が痛い　□歯ぐきが痛い、腫れた □入れ歯を入れたい　□くちの中が臭い　□歯の清掃をしたい □つめ物がとれた　□歯並びを治したい　□検査をしたい □つめ物をキレイにしたい　□差し歯・かぶせ物をキレイにしたい □その他（　　）
どこがお痛みですか	□歯　□歯肉　□頬　□舌　□唇　□あご 左上 前上 右上 左下 前下 右下
いつから痛いですか	□今日はじめて　□（　　）日前から □ずっと前から　□時々
どのように痛いですか	□ズキズキ　□ずーっと痛い　□痛んだり止んだり □歯を合わせると痛い　□冷たいものがしみる　□熱いものがしみる
歯を抜いたことがありますか	□ない　□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	□ある　⇒　□血が止まらなかった　□何日も痛んだ □ない　□貧血を起こした　□熱が出た
歯の治療をしたことがありますか	□ある　⇒　（その時、異常がありましたか）　□ある　□ない □ない　□その他（　　）

麻酔等の注射をして異常はありませんでしたか	□ある ⇒ □ない	□気分が悪くなった　□貧血を起こした □その他（　　）
薬をのんで副作用はありませんでしたか	□ある □ない	⇒ □胃が悪くなる　□発疹が出来る（じんましん等） □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	□ある □ない	⇒ □かぶれやすい　□じんましんが出る □ぜんそくがある　□その他（　　）
現在は何かの薬を飲んでいますか	□いない　□いる　その薬品名（　　）	
内科的な病気はありませんか	□ある ⇒ □ない	□心臓病　□肝臓病　□腎蔵病　□胃潰瘍 □高血圧（最高　　mmHg 最低　　mmHg） □糖尿病　□ぜんそく　□結核 □血友病　□てんかん　□リウマチ □耳鼻疾患　□性病　□その他（　　）
現在、他の医院にも通院していますか	□はい（病院名　　/　　科） □いいえ	
タバコを吸いますか	□吸う（1日　　本）　□吸わない	
フッ素（歯磨剤も含む）を使用している	□はい　□いいえ	
女性の方に	□生理中　□妊娠（　ヶ月）　□授乳中	
この機会に	□悪い所は全部治したい　□痛い所だけでよい	
生活習慣の状況	①１日の歯磨き回数　　回（□朝　□昼　□晩　□就寝前） ②補助清掃器具の使用　□なし　□フロス（糸ようじ）　□歯間ブラシ ③飲料物の習慣　□炭酸飲料（　　cc）　□ジュース（　　cc） □その他（　　cc） ④間食の習慣　□規則的　□不規則　□しない	
お口の中に異常はないか、全ての検査を希望する（歯、歯ぐき、唾液等）	□はい　□いいえ　□説明を聞きたい	
定期健診（予防）について	□是非受けたい　□あまり受けたくない　□説明を聞きたい	
虫歯や歯周病から歯を守る方法を知りたい	□はい　□いいえ	

通院できる時間帯に〇をしてください

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	—

★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。