

予 診 表

ふりがな	生年月日	T・S・H・R	年	月	日
氏 名：	〒				
電話（自宅）：	自宅住所：				
携帯：	勤務先名：				
緊急連絡先(本人以外)：	電話（会社）：				
[続柄]					

初めて御来院の方へ

診療室に入っていただいた後、必要に応じてレントゲン撮影、又記録のため口腔内写真を撮らせて頂くことがありますので、ご協力をお願い致します。

当院では、診療内容について十分なご説明をすることに努力しておりますが、不安な事、疑問点等ありましたらご遠慮なくお尋ね下さい。

◆本日はどうしましたか？

- | | | |
|-------------------------------------|-----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 虫歯の治療をしたい | <input type="checkbox"/> 顎の関節が痛い | <input type="checkbox"/> 治療途中の歯を治したい |
| <input type="checkbox"/> 歯石、着色を取りたい | <input type="checkbox"/> 歯並びが気になる | <input type="checkbox"/> 詰め物（さし歯など）がとれた |
| <input type="checkbox"/> 歯が欠けてしまった | <input type="checkbox"/> 歯肉が腫れた | <input type="checkbox"/> 義歯（入れ歯）が壊れた 又は 新しく作りたい |
| <input type="checkbox"/> その他〔 | | 〕 |

◆現在、痛みはありますか？

- ない ある⇒ 歯 舌 歯肉 頬 顎

◆いつから痛いですか？

- 本日より () 日前から () 週間前から 時々

◆どのように痛いですか？

- | | | |
|------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ズキズキと痛い | <input type="checkbox"/> ずーっと痛い | <input type="checkbox"/> 噛むと痛い |
| <input type="checkbox"/> 冷たいものがしみる | <input type="checkbox"/> 熱いものがしみる | <input type="checkbox"/> 何もしなくても痛い |

◆今までに歯科医院を受診されたことはありますか？

- ない ある () 位前 () 歯科医院

◆その時に、治療や麻酔の注射をして、何か異常はありましたか？

- | | | |
|--|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 異常はなかった | <input type="checkbox"/> 今まで麻酔をしたことがない | |
| <input type="checkbox"/> ある⇒ <input type="checkbox"/> ひどく痛みが出た | <input type="checkbox"/> ひどく腫れた | <input type="checkbox"/> 麻酔がきかなかった |
| <input type="checkbox"/> 貧血を起こして気分が悪くなった | <input type="checkbox"/> その他 () | |

◆特異体質、アレルギーはありますか？

- | | | |
|-----------------------------|------------------------------------|---------|
| <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> ある⇒お薬 () | 食べ物 () |
| | 金属 () | その他 () |

◆今までに、大きな病気をしたことがありますか？また、()内には詳しくお書きください

- ない ある⇒ 心臓 腎臓 糖尿 不整脈 胃腸 喘息
- 血圧 (高い・低い /) 肝臓 (アルコール性・A型・B型・C型・E型)
- HIV その他 ()

◆病気の治療で手術を受けたことがありますか？

ない ある⇒() 年前) 何の手術か()

◆現在、他の医療機関に通院し、服用しているお薬はありますか？ ※お薬手帳のある方はご提示下さい。

ない ある⇒①医院名() 薬剤名()
いつから()
②医院名() 薬剤名()
いつから()

◆治療範囲のご希望

悪い所は全部治したい 今、痛んでいる所だけ治したい 相談して決めたい

◆治療方法についてご希望されるものに、○をして下さい

- とにかく治療にかかる費用が少ないことが最も重要である
- 費用は少ないほうがよいが、治療の違いについて説明を受けた上で総合的に治療を検討したい
- 費用にかかわらず、自分の状態にあった最善の治療を提案して欲しい

◆通院の曜日、時間帯についてのご希望はありますか？

ない ある⇒() 曜日) () 時頃) その都度相談したい

◆当院をどのように知られましたか？下記より全てお選び下さい

勤務先が近いので 野立て看板を見て 家が近所なので CM (TV等) を見て
 ホームページを見て パンフレットを見て 電話帳 (タウンページ) を見て
 ご紹介 (ご紹介者) その他 ()

◆今までの歯科の治療で辛かったことや、今回の治療で不安なことはありますか？

()

◆将来のお口の健康について「こうなったらいいな」あるいは「こうなりたくない」と思うことはありますか？

()

◆その他に何かご希望がございましたらお書き下さい

()

《女性の方のみお答え下さい》

◆現在、妊娠又は授乳中であれば、ご記入下さい

妊娠している() ヶ月) 授乳中である ※治療期間中に妊娠された方はお知らせ下さい。

あおもりデンタルケア Tel. 0178-22-5858

当院は取得した個人情報をもとに、当該業務の遂行に必要な範囲内で利用します。
その他の目的に利用することはありません。