

予 診 表

ふりがな **あおもり はなこ** 生年月日 T・**S**・H・R 53年 4月 12日
氏 名: **青森 花子** 〒 031-0073
電話 (自宅): 0178-22-5858 自宅住所: 八戸市売市4丁目5-19
携帯: 090-XXXX-XXXX 勤務先名: あおもりデンタルケア
緊急連絡先(本人以外): 090-XXXX-XXXX (夫) 電話 (会社): 八戸市売市4丁目5-19

初めて御来院の方へ

診療室に入っていたいただいた後、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？

- 虫歯の治療をしたい 顎の関節が痛い 治療途中の歯を治したい
 歯石、着色を取りたい 歯並びが気になる 詰め物(さし歯など)がとれた
 歯が欠けてしまった 歯肉が腫れた 義歯(入れ歯)が壊れた 又は 新しく作りたい
 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 (5) 日前から () 週間前から 時々

◆どのように痛いですか？

- ズキズキと痛い ずーっと痛い 噛むと痛い
 冷たいものがしみる 熱いものがしみる 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 (1年 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？

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

◆特異体質、アレルギーはありますか？

- ない ある ⇒ お薬 (ペニシリン) 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 168 / 87) 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⇒ (2 年前) 何の手術か (盲腸)

◆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 (XXXX内科) 薬剤名 (ノルバスク)
いつから (4年前から)
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⇒ (火 曜日) (9 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？

(歯の型を採るときに吐き気がする。歯医者が怖い。)

◆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「こうなりたくないな」と思うことはありますか？

(全部自分の歯を残せるようにしたい。)

◆その他に何かご希望がございましたらお書き下さい

(治療が終了したら、定期的に健診を受けるようにしたい。)

《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、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。