

予診票

令和 年 月 日

No. _____

お名前	明・大 昭・平	年	月	日生 (才)
ご住所 〒	TEL	()	
	携帯	()	
ご勤務先(学校)名	ご紹介者			様

当院では「あなたにご満足頂ける治療を行うこと」を最優先に考えております。丁寧なお話し合いをした上で、治療を進めてまいりますので、次からの質問にできるだけ正確にお答えください。

1) どうなさいましたか？	<input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> 虫歯がある <input type="checkbox"/> 噛み合わせを見てほしい <input type="checkbox"/> 歯ぐきが (痛い・腫れている・血が出る・膿みが出る) <input type="checkbox"/> 検診してほしい <input type="checkbox"/> 入れ歯を入れたい・合わない <input type="checkbox"/> 歯並びが気になる <input type="checkbox"/> 詰め物がとれた <input type="checkbox"/> 歯をきれいにしてほしい (歯石など) <input type="checkbox"/> その他						
2) 痛みや異常のある部位は	<table><tr><td>左上</td><td>上前</td><td>右上</td></tr><tr><td>左下</td><td>下前</td><td>右下</td></tr></table>	左上	上前	右上	左下	下前	右下
左上	上前	右上					
左下	下前	右下					
3) 現在の健康状態は	<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 他院 (内科・外科等) に通院している (病名 _____) (病院名 _____) <input type="checkbox"/> 投薬中 (薬品名 _____) <input type="checkbox"/> 妊娠中 (月)						
4) 今までに大きな病気を わずらったことがありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 血液疾患 <input type="checkbox"/> 胃腸病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> 外科的手術 <input type="checkbox"/> 輸血 <input type="checkbox"/> その他						
5) 特異体質 (アレルギー) は？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (かぶれやすい・じんましんがでる) <input type="checkbox"/> 薬アレルギーがある (薬品名 _____) <input type="checkbox"/> 金属アレルギーがある (金属名 _____)						
6) 最近歯の治療を受けたことが ありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (月くらい前) (年くらい前)						
7) 麻酔をしたことは？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (痛かった・貧血あるいはショックを起こした) <input type="checkbox"/> その他 (_____)						
8) 歯のみがき方について	正しい歯のみがき方を教えてもらったことが <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある 歯のおそうじ (歯石取り) をしてもらったことが <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある						
9) 診察に対するご希望は	<input type="checkbox"/> 健康保険の範囲内で治したい <input type="checkbox"/> 保険以外でも良いものがあれば説明してほしい <input type="checkbox"/> 歯周病の治療をしてほしい <input type="checkbox"/> 悪いところは全部治したい <input type="checkbox"/> 希望のみ						
10) その他、ご希望、ご質問、ご相談等が ございましたらご記入ください。							
11) 領収書は	<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> まとめてほしい						

ご協力ありがとうございました。

おごし歯科医院

【診療科目】
歯科、矯正歯科、小児歯科

☎ 0854-82-0520

〒694-0052 大田市久手町刺鹿 708-4
ホームページ www.dental-ogoshi.com診療時間 8:45~12:00 / 14:00~18:30
受付は終了の30分前まで 土曜日は14:00まで・午後休診 休診日:木・日・祝祭日