

予診票（診療申込書）

当クリニックでは、患者様の健康状態、ご希望をお伺いして治療上の参考にさせて頂いております。できるだけ正確に詳しくご記入をお願いします。尚、この資料の内容は診療以外の目的に使用しないことをお約束いたします。

ふりがな				年	月	日（ ）
氏名			ご職業			
住所	〒					
生年月日	西暦	年	月	日	年齢	歳 血液型____型
自宅電話	()		携帯番号	()		
お勤め先	電話	()		メールアドレス@.....	

1. どうなさいましたか？（気になっていることに○をしてください。複数可。）

- 歯が痛い（_____日前から 上 下 右 左 前 奥）
 歯ぐきが痛い 歯肉のはれ（_____日前から 上 下 右 左 前 奥）
 歯のよごれ 歯を白くしたい 詰め物・かぶせものがとれた
 入れ歯の調子が悪い 口臭が気になる
 定期検診してほしい その他
 歯科医院はいつぶりですか？_____年 _____月頃

2. 何か病気にかかったことはありますか？

- 心臓疾患 肝臓疾患（肝炎____型） 腎臓疾患 ぜんそく 貧血
 糖尿病 脳血管 高血圧症 蓄のう症
 その他→できるだけ詳しく病状をお書き下さい。

現在、妊娠中または授乳中ですか？ はい（ _____ か月） いいえ

3. 服用されている薬はございますか？

なし あり お薬の種類 _____

4. 麻酔、抜歯等をしたことがございますか？ その時に異常はありましたか？

経験なし 経験あり 異常なこと _____

お薬・食べ物のアレルギーはありますか？ _____

5. 通院されるのにご都合のよい 曜日・時間帯をお知らせください

月 火 水 木 土 日 祝
 午前 午後 夕方

2 枚目にもご記入ください

6. 診療についてのご希望

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 悪いところはすべて治療してほしい | <input type="checkbox"/> 今困っているところだけ治療して欲しい |
| <input type="checkbox"/> 全体的に調べてから治療してほしい | <input type="checkbox"/> 一度にたくさんの治療し回数を少なくしたい |
| <input type="checkbox"/> 回数が増えても一度の治療を短くしてほしい | <input type="checkbox"/> よく相談して決めたい |
| <input type="checkbox"/> 全て保険の範囲内で治してほしい | <input type="checkbox"/> 治療によっては一部自費診療でもかまわない |
| <input type="checkbox"/> 今の詰め物を白く変えたい | <input type="checkbox"/> 費用をかけてでもキレイにしたい |

7. 当医院をどのようにお知りになりましたか？

- 人に聞いて（ご紹介者 お名前：_____様）
- 建物をみて 電話帳をみて 区の案内 看板をみて パンフレットをみて
- インターネット（HP ブログ Facebook twitter その他_____） その他_____

8. ご質問にお答えください

はい いいえ

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 歯を磨くときなど歯ぐきから血が出ることもある。 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 歯ぐきの下がりが気になる。 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 歯ぐきの色が気になる。（ピンク色にしたい） |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 食事をすると食べ物が歯にはさまるところがある。 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 熱いものや冷たいものでしみるところがある。 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 噛みにくさを感じることもある。 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 歯ぎしりをするらしい。 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 顎に痛みを感じたり引っかかる感じや音がすることがある。 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 口を大きく開けにくい。 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 朝起きた時、顎がだるく感じることもある。 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 自分の歯の外観（歯並び、色、形など）に不満がある。 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 貴方の歯は、あなたの全身の健康に何らかの形で影響を与えていると思いますか |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 歯科の治療は、不安ですか？ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 自分の歯の将来について不安に思うことがある。 |

9. その他、医師、スタッフに伝えたい事など、ございましたらお書き下さい

ご記入いただきありがとうございます m(_ _)m