

予診表 I (裏面もご記入下さい)

ふりがな 氏名	様 才	男・女 ヶ月	生年月日 明・大・昭・平・令	年	月	日
〒 住所			電 (自宅) 話 (携帯)			
御勤務先		職 業	勤務先電話			
治療予約時間の希望 ・ない ・ある⇒		曜日 土 日 時頃		紹介者 ・なし・ある⇒お名前		

初めてご来院のかたへ

はじめに、この問診表のご記入をして頂きます。なるべく現在の病状等、詳しくご記入ねがいます。

診療室に入っていた後、必要に応じてレントゲン撮影、また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お説明をすることに努力しておりますが、不安なこと、疑問点等ありましたら御遠慮なくお尋ねください。

当院へお見えになったのは	<input type="checkbox"/> はじめて <input type="checkbox"/> 以前来たことがある (年 ヶ月前)					
今回来院された理由	<input type="checkbox"/> 歯が (痛い・しみる・虫歯・動く) <input type="checkbox"/> 歯肉が (痛い・腫れた・血や膿が出る) <input type="checkbox"/> 詰め物やかぶせ物が (とれた・壊れた) <input type="checkbox"/> 歯の抜けたところを治したい <input type="checkbox"/> 歯を抜いてほしい <input type="checkbox"/> 親知らずが痛い <input type="checkbox"/> 入れ歯が (合わない・壊れた・あたって痛い・新しく作り直したい) <input type="checkbox"/> 虫歯や歯槽膿漏の予防処置をしてほしい <input type="checkbox"/> 歯石をとりたい クリーニングをしたい <input type="checkbox"/> 定期検診のため <input type="checkbox"/> 歯列を矯正したい <input type="checkbox"/> インプラントをいれたい <input type="checkbox"/> ホワイトニングをしたい <input type="checkbox"/> 銀歯を白色の物に替えたい <input type="checkbox"/> 口臭が気になる <input type="checkbox"/> その他 ()					
いつ頃からお気づきになりましたか?	<input type="checkbox"/> 今日 はじめて <input type="checkbox"/> 日前から <input type="checkbox"/> ヶ月前から <input type="checkbox"/> 年前から					
特異体質やアレルギーはありますか?	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ()					
局所麻酔注射をしたことがありますか?	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある⇒そのとき異常は <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> あった ()					
抜歯をしたことはありますか?	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある⇒そのとき異常は <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> あった①気分が悪くなった ②血が止まりにくかった ③何日も痛みが続いた ④その他 ()					
歯科治療は初めてですか? また最後に歯科治療を受けたのはどの位前ですか?	<input type="checkbox"/> 初めて <input type="checkbox"/> 日前 <input type="checkbox"/> ヶ月前 <input type="checkbox"/> 年前					
歯磨き指導を受けたことがありますか?	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある					
たばこを吸いますか?	<input type="checkbox"/> 吸う <input type="checkbox"/> 以前吸っていた <input type="checkbox"/> 吸わない					

裏面もご記入ください

