

はじめにお読みください

当院は虫歯や歯周病にさせないための歯医者です。その実現のために
は患者様のご協力が必要です。当院を受診される場合は、以下の項目
に同意していただく必要があります。

- ①所要時間1時間程度の精密検査を行います。
- ②定期的なメンテナンスを受けます。(通常3か月に1回)
- ③当院に通うすべての方のために、無断キャンセルはしません。

同意します
同意しません

年 月 日

フリガナ		生年月日		
氏名	(男・女)	大昭 平令	年 月 日 (才)	
自宅	〒	TEL		
		携帯		
職業		当院はご予約日をメール(SMS)でお届けしています		

ご予約希望日に○をつけてください

月: 9時~12時() 14時~() 15時~() 16時~() 17時~()
 火: 9時~12時() 14時~() 15時~() 16時~() 17時~()
 水: 9時~12時() 14時~() 15時~() 16時~() 17時~()
 木: 9時~12時() 14時~() 15時~() 16時~() 17時~()
 金: 9時~12時() 14時~() 15時~() 16時~() 17時~()
 土: 9時~12時() 14時~() 15時~() 16時~() 17時~()

**予診表は、あなたの診療のための大切な参考資料です。プライバシーは厳守いたしますので、
できるだけ正確に記入してください。**

1 本日はどうしましたか (いずれかに○をつけてください)

(1) どこが	左上の歯 前上の歯 右上の歯	(2) いつから	日前 / ヶ月前
歯ぐき 顎	左下の歯 前下の歯 右下の歯		
(3) 痛い	・何もしてなくても痛い	・ものを噛むと痛い	・時々痛い
	・冷たいものや熱いものがしみる	・その他()	
つめものが外れた	(持っている・ない)	グラグラする	入れ歯を作りたい
クリーニング希望	歯並びを直したい	その他()	

- 2 歯を抜いたことがありますか ない ある
 その時、血が止まりにくかったことはありますか ない ある
- 3 歯の治療をして具合が悪くなったことはありますか ない ある

4 (女性の方)現在妊娠中、または妊娠の可能性がありますか **ない** **ある**

5 喫煙習慣はございますか **以前吸っていた** 才～ 才 1日()本
ない **喫煙中** 才～ 1日()本

6 大きな病気の経験や現在かかっている病院はありますか **ない** **ある**
年前 病院名 () 病院) 担当医()

糖尿病 心臓病() 腎臓病 肝臓病 喘息 血液疾患 脳梗塞 蓄膿症
高血圧(/) リウマチ 骨粗鬆症 がん アレルギー()
感染症() 精神疾患() その他()

7 今、飲んでいるお薬はありますか **ない** **わからない** **ある(お薬手帳をご提示ください)**

8 最後に歯科医院に行ったのはどれくらい前ですか **年** **ヶ月**
どんな治療をしましたか 虫歯 クリーニング メンテナンス その他()

9 歯みがきはいつされていますか
起床時 朝食後 昼食後 夕食後 就寝前 1回の時間(約)分

10 歯ブラシ以外の清掃用具は使用されていますか？
フロス 糸ようじ 歯間ブラシ 歯磨き粉(フッ素入り・フッ素なし) その他()

11 よく飲む飲み物はございますか？
ない **ある**

12 お子様がいいらっしゃる方は、人数を教えてください
()人 [高校生()人 中学生()人 小学生以下()人]

13 興味のある治療内容についてチェックを入れてください(複数回答可)
 インプラント ホワイトニング 歯のクリーニング お子様の治療
 口臭 銀歯を白くしたい ドライマウス 矯正 むし歯
 歯並び 顎関節症 歯周病予防 入れ歯

14 ご意見、ご要望などがございましたら、お書きください
.....
.....
.....

15 当医院をお知りになったきっかけを教えてください(複数回答可)
(A) 紹介(紹介者:) (B) 家族がかかっている
(C) 近所に住んでいる (D) インターネット(検索ワード)
(E) E-PARK (F)日本歯科医療評価機構 (G) 職場に近い (H) 通りがかり
(I) その他()