

診療申込書・予診表

年 月 日

フリガナ		生年月日	
氏名	(男・女)	明大昭平	年 月 日 (才)
自宅	〒	TEL	
		携帯	
予約希望	月・火・水・金・土・日	職業	
午前中(時頃) ・ 午後(時頃) ・		夕方(時頃) ・	いつでも
予約日時お知らせメールをご希望されますか？		はい ・ いいえ	

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**
歯ぐき 顎 左下の歯 前下の歯 右下の歯 日前 / ヶ月前

(3) **痛い** (A)何もしてなくても痛い (B)ものを噛むと痛い (C)時々痛い
 (D)腫れて痛い (E)冷たいものや熱いものがしみる
 (F)その他()

つめものが外れた (持っている・持っていない) 歯がグラグラする
入れ歯を作りたい 歯の清掃をしてほしい 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 歯の麻酔をしたことがありますか | ない | ある |
| その時、利きにくかったことはありますか | ない | ある |
| 4 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 |
| 5 (女性の方)現在妊娠中、または妊娠の可能性はありますか | ない | ある |
| 6 輸血したことがありますか | ない | ある |
| 7 アレルギーや特異体質はありますか | ない | ある |

8 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

高血圧(/) リウマチ 蓄膿症 骨粗鬆症 感染症(_____)

ガン 精神疾患(_____) その他(_____)

9 最後に歯科医院に行ったのはどれくらい前ですか 年 月

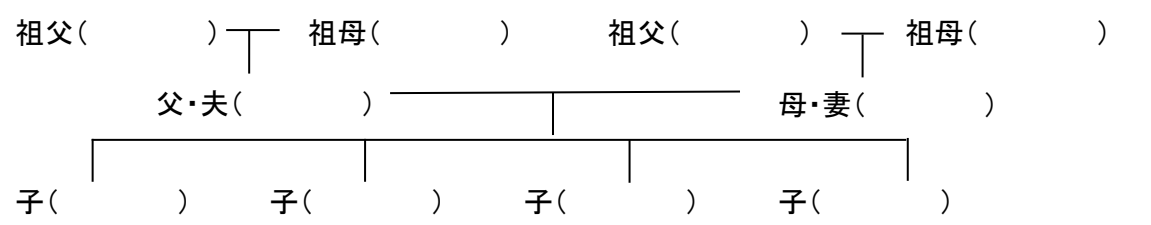
どんな治療をしましたか _____

10 治療の優先順位の高い順に1～8の番号を付けてください

() 見た目 () 説明 () 治療期間 () 治療の精度

() 無痛 () 治療費 () 対応 () 待ち時間

11 家族構成を教えてください ご本人に○を、ご家族が通院されている場合はお名前もご記入をお願いいたします



12 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)

<input type="checkbox"/> インプラント	<input type="checkbox"/> ホワイトニング	<input type="checkbox"/> 歯のクリーニング
<input type="checkbox"/> お子様の治療	<input type="checkbox"/> 矯正	<input type="checkbox"/> ドライマウス
<input type="checkbox"/> 口臭	<input type="checkbox"/> 銀歯を白くしたい	<input type="checkbox"/> むし歯
<input type="checkbox"/> 顎関節症	<input type="checkbox"/> 歯周病予防	<input type="checkbox"/> 入れ歯

13 ご意見、ご要望などがございましたら、お書きください

14 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) 職場に近い (G) 通りがかり

(H) その他(_____)