

予 診 票

No. _____

年 月 日

下記にご記入いただき、必要箇所には を入れてください。

ふりがな		性別	男 ・ 女	生年 月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日 (才)
お名前					
ご住所	〒 _____ 電話番号 (_____) 携帯番号 (_____)				
ご職業	緊急時の電話番号 (_____)				
当院に来ていただいた きっかけは？ (複数回答可)	<input type="checkbox"/> 知人又はご家族の紹介 (ご紹介者のお名前: _____ 様) <input type="checkbox"/> 通りがかり <input type="checkbox"/> 家が近いから <input type="checkbox"/> 職場が近いから <input type="checkbox"/> ホームページを見て <input type="checkbox"/> インターネットを見て <input type="checkbox"/> その他 (_____)				
今日はどうなさいましたか？	<input type="checkbox"/> 歯が痛い(部位 _____) <input type="checkbox"/> 歯ぐきに問題がある <input type="checkbox"/> 歯がしみる(温・冷) <input type="checkbox"/> 詰め物、冠がとれた <input type="checkbox"/> 入れ歯に問題がある <input type="checkbox"/> 検診をしてほしい <input type="checkbox"/> その他 (_____)				
お口に麻酔をしたことが ありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 「はい」の方 → 麻酔で気分が悪くなったことは ありますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ				
歯を抜いたことが ありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 「はい」の方 → その時血が止まりにくかったことは ありますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ				
現在または過去に大きな 病気をしたことはありますか	<input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 胃、十二指腸潰瘍 <input type="checkbox"/> リウマチ <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 性病 <input type="checkbox"/> エイズ <input type="checkbox"/> うつ病等の精神疾患 <input type="checkbox"/> 血圧の異常 (高血圧・低血圧 上 _____ / 下 _____) <input type="checkbox"/> その他 (_____) <input type="checkbox"/> 特になし				
アレルギーはありますか	<input type="checkbox"/> 薬品 (_____) <input type="checkbox"/> 食品 (_____) <input type="checkbox"/> 金属アレルギー <input type="checkbox"/> アレルギー性鼻炎 <input type="checkbox"/> 花粉症 <input type="checkbox"/> その他 (_____)				
現在飲んでいる薬は ありますか	<input type="checkbox"/> 抗生剤 <input type="checkbox"/> 痛み止め <input type="checkbox"/> 血圧の薬 <input type="checkbox"/> 精神安定剤 <input type="checkbox"/> 骨の薬 <input type="checkbox"/> 血を止めにくくする薬 <input type="checkbox"/> その他 (薬の名前・種類 _____)				
【女性の方】妊娠している	<input type="checkbox"/> はい (_____ ヶ月) <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 可能性がある				
【女性の方】授乳中ですか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ				
歯科医に特に伝えておきたい ことはありますか？					



しらかば歯科クリニック

ご記入いただき、ありがとうございました