

# 予 診 票

平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

ふりがな  
お名前 \_\_\_\_\_ (男・女) 生年月日 大 昭 平 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( \_\_\_\_\_ 歳)

自宅住所 〒 \_\_\_\_\_

自宅電話 ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ 勤務先名 \_\_\_\_\_

携帯電話 ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ 勤務先電話 ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

※より良い診療を行うために回答にご協力ください。なお、この予診票の内容は厳重に守秘いたしますので、安心してお答えください。

## 該当する項目に☑をしてください(1、8、11、12は複数回答可)

1. どのようなことが気になりますか  

<input type="checkbox"/> 歯が痛い	<input type="checkbox"/> 歯ぐきが痛い	<input type="checkbox"/> つめもの・かぶせものがとれた
<input type="checkbox"/> 虫歯の治療	<input type="checkbox"/> アゴが痛い	<input type="checkbox"/> 入れ歯を入れたい
<input type="checkbox"/> 噛み合わせが気になる	<input type="checkbox"/> 歯並びを治したい	<input type="checkbox"/> 歯が動いている
<input type="checkbox"/> 口臭が気になる	<input type="checkbox"/> インプラント(人工歯根)を考えたい	<input type="checkbox"/> 歯石をとりたい
<input type="checkbox"/> ホワイトニングをしたい	<input type="checkbox"/> 歯の汚れをとりたい	<input type="checkbox"/> 検査をしてほしい
<input type="checkbox"/> その他(具体的に: _____ )		
2. 今まで歯科医院で定期的に歯の清掃(クリーニング)をしていましたか  
 いいえ  はい
3. 最後に歯科医院に受診されたのはいつ頃でしたか  
 半年以内  1年以内  1年以上前  3年以上前  10年以上前
4. 現在の健康状態はいかがですか  
 良好  不良  妊娠(可能性がある・している【 \_\_\_\_\_ カ月】・授乳中)
5. 以前に歯科で治療を受けた時に異常はありましたか  
 いいえ  はい( \_\_\_\_\_ )
6. 現在飲まれているお薬はありますか  
 いいえ  はい(薬品名: \_\_\_\_\_ )
7. 薬によるアレルギーはありますか  
 いいえ  はい(抗生物質・その他 \_\_\_\_\_ )
8. 今までの疾患についてお尋ねします  

<input type="checkbox"/> 心臓病	<input type="checkbox"/> 肝臓疾患	<input type="checkbox"/> 腎臓疾患	<input type="checkbox"/> 肝炎(A・B・C)	<input type="checkbox"/> 血液疾患	<input type="checkbox"/> 高血圧	<input type="checkbox"/> 低血圧
<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 骨粗鬆症	<input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉頭疾患	<input type="checkbox"/> その他( _____ )			
9. 人工臓器(ペースメーカー・人工関節・人工弁など)を使用されていますか  
 いいえ  はい
10. 過去に歯科医院で生じた不満などはありますか  
 いいえ  はい(具体的に \_\_\_\_\_ )
11. 診療に関するご希望をお聞かせ下さい  

<input type="checkbox"/> 悪いところは全部治したい	<input type="checkbox"/> 相談してから	<input type="checkbox"/> 応急処置のみ
<input type="checkbox"/> 今回の問題のある歯のみの治療	<input type="checkbox"/> 歯のお掃除を希望	
12. 当院にいらして下さった理由は何ですか  

<input type="checkbox"/> 家または職場が近いから	<input type="checkbox"/> 看板をみて	<input type="checkbox"/> HP をみて
<input type="checkbox"/> 友人・知人・家族の紹介	( _____ ) 様のご紹介	
<input type="checkbox"/> その他( _____ )		

松原歯科医院