

予診表

記入日 年 月 日

予診表は、あなたの診療のための大切な参考資料です。あなたのプライバシーは個人情報保護法に基づき厳守いたしますので、できるだけ正確に記入して下さい。

フリガナ お名前	生年月日 年 月 日
ご住所 〒	
お電話	ご紹介者様

1. どうなさいましたか

- | | | |
|-----------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 痛みがある | <input type="checkbox"/> 歯並びが気になる | <input type="checkbox"/> 歯石をとって欲しい |
| <input type="checkbox"/> 詰め物がとれた | <input type="checkbox"/> 歯を美しくしたい | <input type="checkbox"/> 検査をして欲しい |
| <input type="checkbox"/> 歯ぐきが気になる | <input type="checkbox"/> ムシ歯の治療をしたい | <input type="checkbox"/> その他() |

2. どこが気になりますか

- | | | | | |
|----|----|----|------------------------------|-----------------------------|
| 右上 | 上前 | 左上 | <input type="checkbox"/> 歯 | <input type="checkbox"/> 舌 |
| 右下 | 下前 | 左下 | <input type="checkbox"/> 歯ぐき | <input type="checkbox"/> 唇 |
| | | | <input type="checkbox"/> 頬 | <input type="checkbox"/> あご |

3. いつから

- | | |
|----------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 今日はじめて | <input type="checkbox"/> ずっと前から |
| <input type="checkbox"/> ()日前から | <input type="checkbox"/> 時々 |

4. 今は

- | | | |
|-------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 痛くない | <input type="checkbox"/> 少し痛い | <input type="checkbox"/> ひどく痛い |
|-------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|

5. 痛み方は

- | | | | |
|---------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ズキズキ痛い | <input type="checkbox"/> ズーッと痛い | <input type="checkbox"/> 痛んだり止んだり | <input type="checkbox"/> 噛むと痛い |
|---------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|

6. 冷たいものは

- | | |
|------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> しみる | <input type="checkbox"/> しみない |
|------------------------------|-------------------------------|

7. 熱いものは

- | | |
|------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> しみる | <input type="checkbox"/> しみない |
|------------------------------|-------------------------------|

8. 今までに麻酔注射をしたり歯を抜いた時に異常はありませんでしたか

- | | | |
|--|--------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 異常なかった | <input type="checkbox"/> 熱が出た | <input type="checkbox"/> 歯を抜いた後腫れた |
| <input type="checkbox"/> 麻酔や歯を抜いたことはない | <input type="checkbox"/> 貧血・めまいを起こした | <input type="checkbox"/> 血が止まらなかった |
| <input type="checkbox"/> 気分が悪くなった | <input type="checkbox"/> アレルギーが出た | <input type="checkbox"/> その他() |

9. 現在常用している薬はありますか

- | | |
|-----------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> ある(薬品名) |
|-----------------------------|-----------------------------------|

10. 薬を飲んで副作用はありませんか

- | | |
|---------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> かゆくなる |
| <input type="checkbox"/> 胃が痛くなる | <input type="checkbox"/> その他 |
| <input type="checkbox"/> 発疹ができる | 副作用のあった薬品・種類() |

11. アレルギーや特異体質はありませんか

- | | |
|-------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> じんま疹 |
| <input type="checkbox"/> かぶれ | <input type="checkbox"/> 鼻づまり |
| <input type="checkbox"/> ぜんそく | <input type="checkbox"/> その他() |

12. 内科的な病気はありませんか

- | | | | |
|-----------------------------|------------------------------|-----------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> 肝臓 | <input type="checkbox"/> 腎臓 | <input type="checkbox"/> 精神系 |
| <input type="checkbox"/> 心臓 | <input type="checkbox"/> 高血圧 | <input type="checkbox"/> 糖尿 | <input type="checkbox"/> その他() |

13. 女性の方へ

- | | |
|----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 妊娠中(月) | <input type="checkbox"/> 授乳中(月) |
|----------------------------------|----------------------------------|

初診カウンセリングシート

1. こちらからご連絡させていただく場合、ご都合のよろしいお時間帯は？

- 午前()時頃
- 午後()時頃
- その他()

2. あなたが診療を予約されている日時よりも早い日や時間帯がキャンセルで空いた場合、電話連絡を希望されますか？

- はい
- いいえ

3. ご通院はどのような方法ですか？

- 車
- 徒歩
- 自転車
- 電車
- バス
- その他

4. 当院に来院されたきっかけは何ですか？

- 知人の紹介 (ご紹介者様)
- 自宅が近い
- 職場が近い
- インターネット (検索ワード)
- その他()

5. 今までに歯科医院にかかれたことはありますか？

- いいえ
- はい(いつ頃)
その時は治りましたか？ はい 途中でやめた

6. 今までに歯磨きについて指導を受けたことがありますか？

- はい
- いいえ

7. どのような治療をお望みですか？(複数回答可)

- 今痛んでいる所だけ治療して欲しい
- この機会に悪い所は、すべて治療して欲しい
- 保険の範囲内で治療して欲しい
- なるべく保険で、保険の利かない所は自費でも構わない
- 保険の範囲外でも構わないので、最も良い材料と方法で治療して欲しい
- 相談して決めたい
- よくわからない

8. ご通院にあたり、当院に希望されることは何ですか？

- 時間がかかってもよいのでしっかり治して欲しい
- 早く治療を終わらせたい
- 待ち時間をできるだけ少なくしたい
- 先生からの説明を詳しく聞きたい

9. その他何か記入したい事があればご自由にお書き下さい