

予診表

令和 年 月 日

赤坂見附歯科

AKASAKA MITSUKE DENTAL CLINIC

お名前(ふりがな)	男 ・ 明・大
_____	女 昭・平 年 月 日生(才)
ご住所	TEL ()
〒 _____	
ご職業	勤務先名 TEL ()
	内線()
どちらで当院をお知りになりましたか？	
<input type="checkbox"/> ホームページ (ヤフー or グーグル)	<input type="checkbox"/> テレビ
<input type="checkbox"/> 紹介(紹介者)	<input type="checkbox"/> 雑誌
<input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 通りがかり
	<input type="checkbox"/> Facebook or mixi
	<input type="checkbox"/> 職場に近い

どうなさいましたか	<input type="checkbox"/> 痛みがある	<input type="checkbox"/> ムシ歯の治療をしたい
右 上 上 歯 左 上	<input type="checkbox"/> 詰めたものが取れた	<input type="checkbox"/> 入れ歯を入れたい
右 下 下 歯 左 下	<input type="checkbox"/> 歯ぐきが気になる	<input type="checkbox"/> 歯石をとって欲しい
	<input type="checkbox"/> 歯ならびが気になる	<input type="checkbox"/> 検査をして欲しい
	<input type="checkbox"/> 歯を美しくしたい	<input type="checkbox"/> その他()
歯を抜いたことがありますか	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 年前 <input type="checkbox"/> ヶ月前
その時、何か異常はありませんでしたか	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 血がとまらなかった <input type="checkbox"/> 貧血を起こした
	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 何日も痛んだ <input type="checkbox"/> 熱が出た
薬を飲んで副作用はありませんか	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 胃が痛くなる <input type="checkbox"/> 発しんが出る
	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> かゆくになる <input type="checkbox"/> 薬名()
		<input type="checkbox"/> その他()
内科的な病気はありませんか	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 心臓 <input type="checkbox"/> 腎臓 <input type="checkbox"/> 高血圧
	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 低血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿 <input type="checkbox"/> 肝臓(肝炎)
		<input type="checkbox"/> その他()
特異体質やアレルギーはありませんか	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> かぶれやすい <input type="checkbox"/> じんましんが出る
	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ぜんそくがある <input type="checkbox"/> その他()
現在までに歯磨きについて指導を受けたことがありますか	<input type="checkbox"/> ない	
	<input type="checkbox"/> ある	
女性の方へ 現在、妊娠していますか	<input type="checkbox"/> はい(ヶ月)	<input type="checkbox"/> いいえ
	<input type="checkbox"/> しているかもしれない	
この機会に	<input type="checkbox"/> 悪い所は全部治したい	<input type="checkbox"/> 気になる所だけ
治療についてのご希望	<input type="checkbox"/> 保険診療の範囲内で治したい	
	<input type="checkbox"/> 自費にて最も良い治療をして欲しい	
その他何かございましたらお書き下さい		