



この予診表は患者様によりよい治療を受けていただくために参考にするものです。できるだけ正確にお答えください。
尚、ここに記載頂いた事項は、医学上の事柄・プライバシーに関する事ですので、秘密を厳守致します事を申し添えます。

お客様情報

フリガナ お名前	_____	生年月日	大正 / 昭和 / 平成	年	月	日生
ご住所	〒 _____ _____	ご自宅 お電話番号	_____			
ご勤務先名	_____	携帯 お電話番号	_____			
ご勤務先 お電話番号	_____	メールアドレス	_____			

質問事項

1. 該当する症状すべてにチェックをつけてください。

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 歯が(痛い / しみる / かけた / 虫歯 / 抜けた) | <input type="checkbox"/> 歯肉が(痛い / 腫れた / 血や膿がでる) |
| <input type="checkbox"/> つめものやかぶせ物が(はずれた / 壊れた) | <input type="checkbox"/> 歯の汚れ(タバコのヤニ / 茶渋)をとりたい |
| <input type="checkbox"/> 歯を白くしたい(ホワイトニング) | <input type="checkbox"/> 美容歯科について相談したい |
| <input type="checkbox"/> 歯並びを治したい(歯列矯正) | <input type="checkbox"/> インプラント治療を受けたい |
| <input type="checkbox"/> 入れ歯が合わなくなった | <input type="checkbox"/> 入れ歯を作りたい |
| <input type="checkbox"/> 口臭が気になる | <input type="checkbox"/> 歯や口の中について相談したい |
| <input type="checkbox"/> 歯の検診を受けたい | <input type="checkbox"/> その他(_____) |

2. 今までに以下の病気にかかったことがありますか？

- | | | | | | |
|------------------------------|--------------------------------|------------------------------|------------------------------|-----------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> 血液の病気 | <input type="checkbox"/> 心臓病 | <input type="checkbox"/> 喘息 | <input type="checkbox"/> じんましん | <input type="checkbox"/> 糖尿病 |
| <input type="checkbox"/> 腎臓病 | <input type="checkbox"/> リウマチ | <input type="checkbox"/> 脳梗塞 | <input type="checkbox"/> 高血圧 | <input type="checkbox"/> 肝炎などの肝疾患 | <input type="checkbox"/> その他 |

3. 現在の健康状態・体質についてお答えください。

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> 良好 | <input type="checkbox"/> やや不調(通院はしていない) | <input type="checkbox"/> 薬を飲んでいる(薬名: _____) |
| <input type="checkbox"/> 病気のため通院している(心臓 / 肝臓 / 腎臓 / 糖尿 / 胃十二指腸 / 鼻 / 喉 / その他 病名: _____) | | |
| <input type="checkbox"/> 薬のアレルギーがある(抗生剤 / ピリン系薬剤 / その他 薬名: _____) | | |
| <input type="checkbox"/> 花粉症(春 / 秋) | <input type="checkbox"/> アレルギー性鼻炎(ハウスダスト / 他: _____) | |
| <input type="checkbox"/> 金属アレルギー(金属名: _____) | <input type="checkbox"/> その他アレルギー(金属名: _____) | |
| <input type="checkbox"/> 血圧が高い(だいたいおわかりになる範囲) / _____ mmHg | <input type="checkbox"/> 妊娠している(_____ ヶ月) | |
| <input type="checkbox"/> その他健康上気になっていること(_____) | | |

4. 診療内容・費用に対するご希望

- | | | |
|--|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 悪いところは全部治療したい | <input type="checkbox"/> 今、痛むところだけ治療したい | <input type="checkbox"/> 相談してから決めたい |
| <input type="checkbox"/> 保険の範囲内の治療したい | <input type="checkbox"/> なるべく保険の範囲内として、保険のきかない治療は自費でもかまわない | |
| <input type="checkbox"/> 保険適応外の治療については、詳しい説明をうけてから考えたい | | |
| <input type="checkbox"/> その他のご希望(_____) | | |

5. 来院理由

- | | | | | | |
|---------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|-----------------------------|--------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ホームページ | <input type="checkbox"/> その他のサイト | <input type="checkbox"/> 雑誌 / 広告 | <input type="checkbox"/> 看板 | <input type="checkbox"/> 知人の紹介 | <input type="checkbox"/> 家が近い |
|---------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|-----------------------------|--------------------------------|-------------------------------|

ご協力ありがとうございました。歯やお口の中について、不安やわからないこと・知りたいことなどございましたら、お気軽に当クリニックのスタッフへご相談ください。