



予診表



年 月 日

武田歯科医院

ふりがな	性別	男・女	生年月日	大正 昭和 平成
お名前				年 月 日 (歳)
ご自宅住所 〒	連絡先 電話番号	自宅 ()		
勤務先住所 〒		携帯 ()		
E-mail		会社 ()		

1. 当院は初めてですか	<input type="checkbox"/> 初めて <input type="checkbox"/> 以前に来院したことがある (年 か月前くらい)
2. どうなさいましたか	<input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> 虫歯がある <input type="checkbox"/> 歯ぐきから血が出る <input type="checkbox"/> 歯ぐきがはれた <input type="checkbox"/> 歯並びが気になる <input type="checkbox"/> 歯を入れたい <input type="checkbox"/> 入れ歯を作りたい <input type="checkbox"/> ブリッジや差し歯が取れた <input type="checkbox"/> あごの痛みや不調 <input type="checkbox"/> 歯石をとりたい <input type="checkbox"/> 歯をきれいにしたい <input type="checkbox"/> その他 ()
痛みがある方・・・	<input type="checkbox"/> ズキズキ痛い <input type="checkbox"/> 噛む時に痛い <input type="checkbox"/> 時々痛い
3. 抜歯の時に異常は	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある [a. 血が止まらなかった b. 貧血をおこした c. 何日も痛みが続いた e. 熱がでた]
4. 麻酔・注射について	<input type="checkbox"/> 特に異常はなかった <input type="checkbox"/> 効きにくい <input type="checkbox"/> 異常があった ()
5. あなたの体質は	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> かぶれやすい <input type="checkbox"/> アレルギー症状 (花粉症・食物・薬剤・その他) <input type="checkbox"/> じんま疹が出る <input type="checkbox"/> ぜんそくがある <input type="checkbox"/> 薬に対して敏感 <input type="checkbox"/> その他 ()
6. 現在の身体状況やかかっている病気について	<input type="checkbox"/> 心臓疾患 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 低血圧 <input type="checkbox"/> 腎臓疾患 <input type="checkbox"/> 肝臓疾患 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 湿疹、皮膚のかゆみ <input type="checkbox"/> 脳卒中 <input type="checkbox"/> 消化器障害 <input type="checkbox"/> 妊娠中 (ヶ月) <input type="checkbox"/> 生理中
7. 現在他の病院で診療を受けていますか	<input type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> 受けている (病名)
8. 現在飲んでいるお薬はありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (薬品名)
9. 次の薬を使ったことはありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (a. 麻酔薬 b. 抗生物質 c. ステロイド剤 d. その他)
その時に薬の副作用は	<input type="checkbox"/> あった <input type="checkbox"/> なかった
11. 輸血の経験は	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある
12. 感染症について	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 肝炎 (A型・B型・C型) <input type="checkbox"/> その他の感染症 ()
13. 治療について	<input type="checkbox"/> 痛むところ、または気になるところだけ治したい <input type="checkbox"/> これを機会に悪いところは全部治したい
14. 診療内容に対するご要望は	<input type="checkbox"/> できる限り保険で治したい <input type="checkbox"/> 審美的・身体的に良質で安全な材料なら自費診療の説明も希望する <input type="checkbox"/> その他 ()
15. 当院は何でお知りになりましたか	<input type="checkbox"/> 紹介 (ご紹介者) <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> 携帯・スマートフォン <input type="checkbox"/> タウンページ <input type="checkbox"/> 看板