

# 予診票

|      |        |                   |    |
|------|--------|-------------------|----|
|      |        | 初診日： 年 月 日        |    |
| ふりがな |        | 生年月日              | 年齢 |
| 氏名   |        | 明 大 昭 平<br>年 月 日生 | 歳  |
| 住所   | (〒 - ) | TEL:              |    |
|      |        | 携帯電話:             |    |

当てはまるものに○をつけて下さい

|                    |  |      |     |      |     |      |    |     |      |     |      |
|--------------------|--|------|-----|------|-----|------|----|-----|------|-----|------|
| 当院に来院されたきっかけは      | <ul style="list-style-type: none"> <li>・以前に通っていた</li> <li>・ホームページを見て</li> <li>・紹介してもらった〔 様 〕</li> <li>・職場が近いから</li> <li>・自宅が近いから</li> </ul>  |      |     |      |     |      |    |     |      |     |      |
| 今日は<br>どうなさいましたか   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・いたい</li> <li>・つめた物がとれた</li> <li>・口が開けづらい</li> <li>・その他〔 〕</li> <li>・はれている</li> <li>・義歯の調子が悪い</li> <li>・歯を白くしたい</li> <li>・歯並びが気になる</li> <li>・しみる</li> <li>・歯石を取って欲しい</li> </ul>   |      |     |      |     |      |    |     |      |     |      |
| それは<br>どの部位ですか     | <table border="0" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>・歯</td> <td>・歯茎</td> <td>右上の奥</td> <td>上の前</td> <td>左上の奥</td> </tr> <tr> <td>・顎</td> <td>・義歯</td> <td>右下の奥</td> <td>下の前</td> <td>左下の奥</td> </tr> </table>   | ・歯   | ・歯茎 | 右上の奥 | 上の前 | 左上の奥 | ・顎 | ・義歯 | 右下の奥 | 下の前 | 左下の奥 |
| ・歯                 | ・歯茎  | 右上の奥 | 上の前 | 左上の奥 |     |      |    |     |      |     |      |
| ・顎                 | ・義歯  | 右下の奥 | 下の前 | 左下の奥 |     |      |    |     |      |     |      |
| 今の体調は              | <ul style="list-style-type: none"> <li>・良い</li> <li>・悪い</li> <li>・生理中</li> <li>・妊娠中〔 月 〕</li> <li>・授乳中</li> </ul>  |      |     |      |     |      |    |     |      |     |      |
| 過去に歯の治療で異常がありましたか  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ない</li> <li>・ある〔 <ul style="list-style-type: none"> <li>・気分が悪くなった</li> <li>・血が止まりにくかった</li> <li>・痛みが止まりにくかった</li> <li>・その他〔 〕</li> </ul> </li> <li>・麻酔が効かなかった</li> </ul>   |      |     |      |     |      |    |     |      |     |      |
| アレルギーがありますか        | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ない</li> <li>・ある〔 <ul style="list-style-type: none"> <li>・くすり〔 薬剤名: 〕</li> <li>・花粉症</li> <li>・食べ物〔 〕</li> <li>・その他〔 〕</li> <li>・歯の麻酔</li> <li>・金属</li> </ul> </li> </ul>  |      |     |      |     |      |    |     |      |     |      |
| これらの病気にかかった事がありますか | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ない</li> <li>・ある〔 <ul style="list-style-type: none"> <li>・脳梗塞、脳出血</li> <li>・心臓病</li> <li>・高血圧〔 / mmHg 〕</li> <li>・肝臓病〔 B型肝炎 / C型肝炎 / その他 〕</li> <li>・腎臓病</li> <li>・糖尿病〔 HbA1c: 〕</li> <li>・がん〔 〕</li> <li>・ぜんそく</li> <li>・リウマチ</li> <li>・骨粗鬆症</li> <li>・その他〔 〕</li> </ul> </li> </ul> |      |     |      |     |      |    |     |      |     |      |
| 今飲んでいる薬は           | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ない</li> <li>・ある〔 〕</li> </ul>  |      |     |      |     |      |    |     |      |     |      |
| 通院中の病院名            | <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>病院</span> <span>先生</span> </div>  |      |     |      |     |      |    |     |      |     |      |