

予 診 録

フリガナ 名前	生年月日	No 自宅Tel 携帯
〒 住 所	勤務先Tel	
どうなさいましたか	<input type="checkbox"/> (歯、歯肉、粘膜、顎関節)に(痛み、腫れ)がある <input type="checkbox"/> 虫歯 <input type="checkbox"/> 詰め物、かぶせ物がとれた <input type="checkbox"/> 歯肉から血がでる <input type="checkbox"/> 歯がグラグラする <input type="checkbox"/> 入れ歯の具合が悪い <input type="checkbox"/> 歯石の除去などの口の中の清掃 <input type="checkbox"/> 外観の改善 <input type="checkbox"/> 検診 <input type="checkbox"/> その他、医療相談など	
どこの部分ですか	<input type="checkbox"/> 右上 <input type="checkbox"/> 上前 <input type="checkbox"/> 左上 <input type="checkbox"/> 右下 <input type="checkbox"/> 下前 <input type="checkbox"/> 左下	<input type="checkbox"/> 歯 <input type="checkbox"/> 頬 <input type="checkbox"/> 唇 <input type="checkbox"/> 歯肉 <input type="checkbox"/> 舌 <input type="checkbox"/> 顎
今 は	<input type="checkbox"/> 痛くない <input type="checkbox"/> 少し痛い <input type="checkbox"/> ひどく痛い	
歯を抜いたことはありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	
抜歯時に異常はありませんでしたか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (<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"/> 何日も痛みが続いた <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"/> ある - 薬品名： (<input type="checkbox"/> 胃が痛くなる <input type="checkbox"/> お腹がゆるくなる <input type="checkbox"/> かゆくなる)	
今薬を飲んでいますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい 薬のなまえ ()	
健康状態について	<input type="checkbox"/> 血圧の異常 (高血圧・低血圧) 血圧 (/ mmHg) <input type="checkbox"/> 心臓の病気 (心筋梗塞、心不全など) <input type="checkbox"/> 脳血管系の病気 (脳梗塞、脳出血など) <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 腎臓の病気 <input type="checkbox"/> 肝臓の病気 (肝硬変など) <input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> C型肝炎 <input type="checkbox"/> 消化器の病気 <input type="checkbox"/> 甲状腺の病気 <input type="checkbox"/> 血液の病気 (貧血、血友病、白血病など) <input type="checkbox"/> アレルギー () <input type="checkbox"/> 蓄膿症 <input type="checkbox"/> 大きな手術の経験 () <input type="checkbox"/> 呼吸器の病気 <input type="checkbox"/> 精神、神経の病気 (うつ病・てんかんなど) <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> 妊娠 (ヶ月) <input type="checkbox"/> その他 (病名:)	
その他ご希望はありますか		
この機会に	<input type="checkbox"/> 悪いところは全部なおしたい <input type="checkbox"/> 今痛んでいる所だけなおしたい	
診療についてのご希望は	<input type="checkbox"/> すべて保険の範囲でなおして欲しい <input type="checkbox"/> 保険か自費か相談して決めたい <input type="checkbox"/> 最も良い資材と方法でなおして欲しい	
この歯科医院を何でお知りになりましたか	<input type="checkbox"/> 知人の紹介 (紹介者) <input type="checkbox"/> パソコン (ホームページなど) <input type="checkbox"/> 広告 (電車ポスター・駅内ポスター・ランドマークタワー内ポスター・その他) <input type="checkbox"/> その他 ()	