

予診表

令和 年 月 日

No.

ふりがな

お名前

男・女

生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 生まれ (才)

住所 〒

自宅Tel.

携帯Tel.

Eメールアドレス

@

職業

勤務先

Tel.

ご紹介者があればお書き下さい

様

妊娠中もしくは妊娠の可能性のある方授乳中の方はチェックをしてください

どうなさいましたか？	<input type="checkbox"/> ムシバの治療をしたい <input type="checkbox"/> 歯並びをなおしたい <input type="checkbox"/> 詰め物がとれた <input type="checkbox"/> 歯ソウノウロウの治療をしたい <input type="checkbox"/> 検査をしたい <input type="checkbox"/> はれている <input type="checkbox"/> 入れ歯を作りたい <input type="checkbox"/> 歯の掃除をしたい <input type="checkbox"/> 歯を白くしたい												
具合の悪いところはどこですか？	<table border="1"> <tr> <td>右上</td> <td>上前</td> <td>左上</td> <td><input type="checkbox"/>歯</td> <td><input type="checkbox"/>舌</td> <td><input type="checkbox"/>ほほ</td> </tr> <tr> <td>右下</td> <td>下前</td> <td>左下</td> <td><input type="checkbox"/>歯グキ</td> <td><input type="checkbox"/>あご</td> <td><input type="checkbox"/>入れ歯</td> </tr> </table>	右上	上前	左上	<input type="checkbox"/> 歯	<input type="checkbox"/> 舌	<input type="checkbox"/> ほほ	右下	下前	左下	<input type="checkbox"/> 歯グキ	<input type="checkbox"/> あご	<input type="checkbox"/> 入れ歯
右上	上前	左上	<input type="checkbox"/> 歯	<input type="checkbox"/> 舌	<input type="checkbox"/> ほほ								
右下	下前	左下	<input type="checkbox"/> 歯グキ	<input type="checkbox"/> あご	<input type="checkbox"/> 入れ歯								
お痛みですか？ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	<p>●『ある』と答えた方、どのような痛みですか？ (いくつでも)</p> <input type="checkbox"/> 冷たいもので <input type="checkbox"/> 熱いもので <input type="checkbox"/> 何もしなくても <input type="checkbox"/> しみる程度 <input type="checkbox"/> 少し痛い <input type="checkbox"/> ひどく痛い <input type="checkbox"/> 痛んだり止んだり <input type="checkbox"/> かむと痛い												
歯の麻酔をしたことがありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ●『ある』と答えた方 <input type="checkbox"/> 何ともなかった <input type="checkbox"/> 何か異常があった (具体的に)												
歯を抜いたことがありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ●『ある』と答えた方 <input type="checkbox"/> 何ともなかった <input type="checkbox"/> 何か異常があった (具体的に)												
お医者さんから止められている薬は？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ●『ある』と答えた方、どんな種類の薬ですか？ ()												
特異体質やアレルギーはありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ●『ある』と答えた方、具体的に ()												
内科的な病気、その他持病は？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ●『ある』と答えた方 <input type="checkbox"/> 心臓 <input type="checkbox"/> 肝臓 <input type="checkbox"/> 腎臓 <input type="checkbox"/> 高・低血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿 <input type="checkbox"/> 血液 その他具体的に												
この機会に・・・	<input type="checkbox"/> 悪いところは全部なおしたい <input type="checkbox"/> 痛いところだけ <input type="checkbox"/> 相談したい												
診療時間のご希望は？	<input type="checkbox"/> 特にない <input type="checkbox"/> 午前 時ごろ <input type="checkbox"/> 午後 時ごろ <input type="checkbox"/> 月・火・水・金・土												
診療についての希望は？	<input type="checkbox"/> 保険の範囲内で <input type="checkbox"/> 保険に関係なく最も良い方法と材料で治療を受けたい <input type="checkbox"/> なるべく保険で、治療効果に差がある場合は説明を聞きたい												
当院をどのようにお知りになりましたか？	<input type="checkbox"/> 家族がきているので <input type="checkbox"/> 知人の紹介 <input type="checkbox"/> 前を通過 <input type="checkbox"/> 電話帳 <input type="checkbox"/> インターネット <input type="checkbox"/> その他												