

予診票

記入日

年

月

日

ふりがな			大正	昭和	平成	令和
お名前	男・女	生年月日	年	月	日	()歳
ご住所	〒		連絡先	<input type="checkbox"/> 自宅 () <input type="checkbox"/> 携帯 ()		
LINEで予約日のお知らせを通知してもよろしいですか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> メール希望		当院を選ばれた理由	<input type="checkbox"/> 看板をみて <input type="checkbox"/> HPをみて <input type="checkbox"/> 家族の紹介 <input type="checkbox"/> 知人の紹介 ※お名前 ()様			
メールアドレス		ご職業勤務先		診察担当 制の希望	あり	なし
ひらの歯科医院に通われていましたか <input type="checkbox"/> はい (診察券番号:) <input type="checkbox"/> いいえ						
あなたのお困りは	歯 歯茎 歯並び 入れ歯 口臭 顎関節 検診 歯の色(クリーニング ホワイトニング その他)				なし	
どの部位ですか	全体 右下 右上 左下 左上 上の前歯 下の前歯 その他()				なし	
どのような症状ですか	何もしてなくても痛い 噛んだ時に痛い 口を開けるときに痛い しみる(冷たいもの 熱いもの 甘いもの) その他()				なし	
いつごろからですか	今日 ()日前 わからない				痛くない	
以前の治療中に関して	<input type="checkbox"/> 治療中に異常があった() <input type="checkbox"/> 麻酔をして治療をしたことがある(異常はなかった・あった)				なかった	
血圧	上 / 下				わからない	
次の病気をしたことがありますか	糖尿病(HbA1c値) 肝臓 腎臓 血圧の病気 エイズ 心臓(ペースメーカー: あり・なし) がん(部位) 骨粗しょう症 梅毒 B型肝炎 C型肝炎 その他()				なし	
現在お薬は飲んでいますか?	病名: お薬: 本日お薬手帳をお持ちの方はご提示をお願いします。 忘れた方は受付までお声がけください				なし	
大きな手術をしたことがありますか	ある ()				なし	
アレルギーはありますか	ラテックス : ある () 食べ物 : ある () 薬 : ある () アルコール : ある () 金属 : ある () その他 : ある ()				なし	
女性の方で現在	妊娠している (週) 授乳中				なし	

裏面にも続いておりますのでご記入をお願い致します

喫煙・飲酒	する（喫煙：1日 本 飲酒：1日 本）	過去にあり	しない
最後の診察の時、どのような治療をしていましたか		定期検診	治療内容（ ）
歯石除去をしたことはありますか		はい	いいえ
治療についてのご希望 該当項目にチェックをお願いします		<input type="checkbox"/> 悪いところは全て治療したい <input type="checkbox"/> できるだけ保険を使った治療をしたい <input type="checkbox"/> 痛い所だけ、希望する所だけ治療したい <input type="checkbox"/> 自費治療を含む最善の治療の説明を受けたい <input type="checkbox"/> その他（ ）	
過去の歯科治療において不満・不快だった点、不安な点はありますか			
治療についてご希望がありましたら教えてください			