

予 診 力 ル テ

令和 年 月 日	No.
フリガナ 氏 名	電話 - -
生年月日 昭・平・令 年 月 日生 ( 歳)	携帯電話 - -
住所 〒 -	
E-mail :	
通院に便利な曜日 月・火・水・金・土 時間帯 ( )	

(この情報は秘密厳守されます)

今、お困りのことは何ですか？ (複数回答可)	<input type="checkbox"/> 痛いところがある <input type="checkbox"/> 虫歯が気になる <input type="checkbox"/> 歯茎が痛い・腫れた <input type="checkbox"/> 詰め物がはずれた <input type="checkbox"/> 歯が欠けた <input type="checkbox"/> 入れ歯 <input type="checkbox"/> 歯科健診を希望 <input type="checkbox"/> 歯周病が気になる <input type="checkbox"/> 歯石をとって欲しい <input type="checkbox"/> 歯並びが気になる <input type="checkbox"/> ホワイトニング相談 <input type="checkbox"/> その他 ( )
定期健診に歯科医院を訪れますか？	<input type="checkbox"/> 1年に1回 <input type="checkbox"/> 半年に1回 <input type="checkbox"/> 3カ月に1回 <input type="checkbox"/> 困った時に
治療について	<input type="checkbox"/> 悪いところは全て調べて欲しい <input type="checkbox"/> 治療期間がかかっても徹底的に治したい <input type="checkbox"/> 困っているところだけ治して欲しい
今まで、歯科治療中お体に異常ありましたか？	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 気分が悪くなった <input type="checkbox"/> 血が止まりにくかった <input type="checkbox"/> 麻酔が効きにくかった <input type="checkbox"/> その他 ( )
体に合わない薬はありますか？	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 薬品名 ( ) その時の症状 ( )
現在のからだの具合はいかがでしょう？	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 骨粗しょう症 <input type="checkbox"/> 血液疾患 <input type="checkbox"/> 高血圧 ( / mmHg) <input type="checkbox"/> 肝臓病(肝炎・その他) <input type="checkbox"/> ガン ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> 現在、医者にかかっている(病名： ) <div style="text-align: center;">科 医院もしくは病院</div>
アレルギーはありますか？	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> アトピー <input type="checkbox"/> アルコール <input type="checkbox"/> ラテックス <input type="checkbox"/> 鼻炎 <input type="checkbox"/> J (イソジン) <input type="checkbox"/> 食物アレルギー (牛乳・甲殻類・蕎麦・その他)
妊娠の可能性はありますか？(女性の方)	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 妊娠中 ( 月) <input type="checkbox"/> 可能性がある <input type="checkbox"/> 授乳中

現在、服用されているクスリがありますか？ (薬品名： )

保険診療・自費診療の希望についてお伺いします。(必ず自費診療になるわけではありません。)

保険の範囲内での治療を希望する    自費診療での治療を積極的に検討したい  
 自費診療か保険診療かその時に相談してから決めたい

当院に来院されたキッカケを教えてください。

知人の紹介 ( )    看板    ホームページ    情報誌    その他 ( )

その他、伝えたいことがありましたら、ご自由にお書き下さい。