

# 予診表 (WEB)

フリガナ		性別	男 女	生年月日	大昭平	年 月 日 ( 歳 )
お名前						
現住所	〒 -			電話	-	-
勤務先 (学校)				電話	-	-
当院を知ったきっかけ	<ul style="list-style-type: none"> <li>ご紹介 (ご紹介者様)</li> <li>医院を直接見て</li> <li>インターネット</li> <li>携帯サイト</li> <li>情報誌や書籍</li> <li>その他 ( )</li> </ul>					

次の事柄は、よりよい診療を行うための大切な資料となります。  
 継続的なお口の健康管理と適切なご指導および治療計画のご説明に役立てるため  
 該当する番号に○をつけてお答えください。

どうしましたか	1. 歯が痛い      2. 歯ぐきが痛い      3. つめ物がとれた      4. 検診 5. 歯のクリーニング      6. 歯並びの相談      7. その他 ( )
次の病気にかかったことがある、または治療中ですか	1. 心臓      2. ウイルス性肝炎      3. 腎臓      4. 胃・腸      5. 骨粗鬆症      6. 喘息 7. 貧血      8. 糖尿病      9. 蓄のう症      10. 高血圧      11. 無カタラーゼ血症 12. HIV      13. その他 ( )      14. 上記にかかったことはない
今、飲んでいるお薬はありますか	1. ある      病名 ( )      薬名 ( )      2. ない
アレルギーはありますか	1. ある ( 具体的に )      2. ない
歯の治療・麻酔・抜歯などで具合を悪くしたことがありますか	1. ある ( 具体的に )      2. ない
妊娠していますか(女性)	1. はい ( 月 産科医院名 )      2. いいえ
授乳中ですか(女性)	1. はい 完母・混合 (授乳間隔 時間ごと)      2. いいえ
お口のお手入れについて	1. 歯みがきはいつしますか ( 朝 昼 夜 ) 2. 一回の歯みがき時間は ( 分 ) 3. 歯ブラシ以外の清掃用具を使いますか ( はい いいえ ) はいの方は具体的に ( フロス 歯間ブラシ 糸ようじ その他 )
喫煙されますか	1. はい (約 本/1日)      2. いいえ
睡眠時間	1. 規則的 (約 時間)      2. 不規則 (約 時間 )
食生活について	1. 規則的      2. 不規則 (具体的に )
診察に対してご希望がありましたらお書きください	

上記に関して相違なければご署名をお願いいたします。

年 月 日

