

# 佐藤歯科医院 予診表

記入日      年      月      日

ふりがな			生年月日	明・大・昭・平	
お名前		男 女	年	月	日 ( 歳)
ご住所	〒				
電話番号	<自宅> ( )	<携帯> ( )	<勤務先> ( )		
当院を何でお知りになりましたか？ <input type="checkbox"/> 紹介(紹介者: ) <input type="checkbox"/> インターネット(検索ワード: ) <input type="checkbox"/> その他( )					

## 守秘義務は厳守いたします。なるべく詳しく正確にお答えください。

<b>◆当院を受診されるのは？</b>	<input type="checkbox"/> はじめて <input type="checkbox"/> 前に来た事がある(約      年前)
<b>◆本日はどうされましたか？</b>	<input type="checkbox"/> 歯が痛い (ズキズキする・嘔むと痛い・しみる(冷/温)・時々痛い) <input type="checkbox"/> むし歯の治療をしたい <input type="checkbox"/> 歯が欠けた <input type="checkbox"/> 歯がグラグラする <input type="checkbox"/> 歯周病を治したい <input type="checkbox"/> 歯ぐきが腫れた <input type="checkbox"/> 歯ぐきから血が出る <input type="checkbox"/> 詰め物、被せ物が取れた <input type="checkbox"/> 歯石を取りたい <input type="checkbox"/> 歯を白くしたい <input type="checkbox"/> 健診をしてほしい <input type="checkbox"/> 歯並びが気になる <input type="checkbox"/> インプラントにしたい <input type="checkbox"/> その他( )
<b>◆上の症状はいつからですか？</b>	<input type="checkbox"/> 今日から <input type="checkbox"/> ( ) 日前から <input type="checkbox"/> ( ) 週間前から <input type="checkbox"/> 時々
<b>◆最近、歯科にかかったのはいつですか？</b>	<input type="checkbox"/> ( ) ヶ月前 <input type="checkbox"/> ( ) 年前 <input type="checkbox"/> 他の歯科に通院中
<b>◆歯科以外の医療機関に通院中ですか？</b>	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ①いつから( )年( )月頃から ②病院名( )
<b>◆何かお薬を飲んでいますか？</b>	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい 医師の処方薬( ) 薬局で買ったお薬( ) サプリメント( )
<b>◆アレルギーはありますか？</b>	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ①お薬(麻酔薬・抗生物質・ピリン系・その他) ②食べ物( ) ③金属( ) ④その他( )
<b>◆今までに治療や麻酔注射で異常を感じた事がありますか？</b>	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ①麻酔が効きにくかった ②麻酔をして気分が悪くなった ③痛みがひどかった ④血が止まりにくかった ⑤熱が出た ⑥その他( )
<b>◆今までにかかった病気や疾患を教えてください。</b>	<input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 低血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 血液の病気 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> リウマチ <input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> その他( )
<b>◆ご希望の治療範囲は？</b>	<input type="checkbox"/> 気になる所だけを治したい <input type="checkbox"/> 悪い所は全部治したい <input type="checkbox"/> その他( )
<b>◆女性の方へ 妊娠されていますか？</b>	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> わからない (治療中に妊娠された方はお知らせください) <input type="checkbox"/> はい 出産予定日:      年      月      日
<b>授乳中ですか？</b>	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい

◇ ご希望や疑問な事などがございましたら、ご記入ください。

◇ 当院はアンチエイジング外来も行っています。  
気になる事や相談されたい事などがございましたら、ご記入ください。