

# 予診表

植松歯科医院

R 年 月 日

患者氏名	ふりがな		性別	男 ・ 女
	様			
生年月日	大 ・ 昭 ・ 平 ・ 令 年 月 日 ( 歳 )			
ご住所	〒		TEL — —	
アドレス	(PC・携帯)			
勤務先			ご職業	TEL(勤務先・携帯) — —

以下、複数選択可

来院のきっかけは	<input type="checkbox"/> 知人・家族の紹介 ( ) <input type="checkbox"/> 近いから <input type="checkbox"/> タウンページ <input type="checkbox"/> 評判をきいて <input type="checkbox"/> 医院前を通って <input type="checkbox"/> 他の医療機関からの紹介:病院名( ) <input type="checkbox"/> その他( )			
どうなさいましたか	( ) 記入例: (入れ歯の不具合、虫歯を治したい、痛い等)			
どこが	左上	上前	右上	<input type="checkbox"/> 歯 <input type="checkbox"/> 歯肉
	左下	下前	右下	<input type="checkbox"/> あごの関節 <input type="checkbox"/> その他( )
いつから	( ) 例:(今日、1週間前、一年前等)			
なにで	( ) 例:(冷たい物で、熱い物で、噛むと、何もしなくても等)			
どんなふうに	( ) 例:(なんとなく、ズキズキ、ツーンと等)			
頻度は	( ) 例:(初めて、前から時々、最近ずっと等)			
最後に歯科受診したのは	( ) 例:(1ヶ月前、半年前、初めて等)			
その時は治りましたか	<input type="checkbox"/> 治った <input type="checkbox"/> 途中でやめた <input type="checkbox"/> その他( )			
麻酔の注射をしたことが	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある	:その時異常は <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある( )	
歯を抜いたことが	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある	:その時異常は <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある( )	
現在かかっている病院が ※市販の薬がある方は 薬名に記入ください	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある	病院名(病名)⇒担当医名	
			① ⇒Dr ② ⇒Dr ③ ⇒Dr ④ ⇒Dr 薬名 _____ _____ _____	
現在または過去に 大きな病気になったことが	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある	※お薬手帳をお持ちの方は受付にお出し頂き、薬名は記入不要です。 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧( / ) <input type="checkbox"/> 感染症 HIV・肝炎B・肝炎C・梅毒・その他( ) <input type="checkbox"/> 肝臓病( ) <input type="checkbox"/> その他( )	
体質やアレルギーや 薬で副作用が出たことが	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> かぶれやすい <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> じんましん <input type="checkbox"/> アトピー <input type="checkbox"/> 薬・注射( ) <input type="checkbox"/> 食べ物( )	
現在の健康状態は	<input type="checkbox"/> 良好	<input type="checkbox"/> 不良( )		
女性のみ	妊娠	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある ( )週	
	授乳	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある 断乳は⇒ <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可	
治療に対する希望	治療範囲	<input type="checkbox"/> 希望の所だけ <input type="checkbox"/> 悪いところは全部 <input type="checkbox"/> まだ決めていない		
	Dr. 希望	<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あり(Dr陽一郎・Dr紳一郎・家族と同じDr(家族名 ) )		
その他				