

予 診 票

令和 年 月 日

ふりがな 氏名			男・女	大・昭・平・令 年 月 日生 (歳)	紹介者		様
住所	〒		電話番号		携帯電話番号		
どうなさいましたか?	<input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> 歯ぐきが痛い(腫れている) <input type="checkbox"/> 歯ぐきから血が出る <input type="checkbox"/> 検査をして欲しい <input type="checkbox"/> 歯がしみる <input type="checkbox"/> つめ物がとれた <input type="checkbox"/> 虫歯を治したい <input type="checkbox"/> 入れ歯が痛い・作りたい <input type="checkbox"/> 歯の掃除をして欲しい <input type="checkbox"/> 歯肉が腫れた <input type="checkbox"/> 口臭がする <input type="checkbox"/> その他 ()				下の図の痛い所に印をしてください 		
どこが痛みますか? いつから痛みますか?	右上	前上	左上	<input type="checkbox"/> 今日初めて <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> _____日くらい前から <input type="checkbox"/> ずっと前から <input type="checkbox"/> 現在、痛みはない			
	右下	前下	左下				
内科的な病気は ありませんか? または過去にかかった ことはありますか?	<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 肝炎 (A・B・C) <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> 高血圧症 (/) <input type="checkbox"/> 蓄膿症 <input type="checkbox"/> リウマチ <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> その他 ()						
現在、服用中の薬は ありますか?	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある→ (薬品名) (病名)						
薬の副作用、または アレルギーを経験した ことがありますか?	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある→ <input type="checkbox"/> 薬で胃が痛くなったり、気分が悪くなる <input type="checkbox"/> 薬疹が出たことがある <input type="checkbox"/> 麻酔薬 <input type="checkbox"/> 抗生物質 <input type="checkbox"/> 痛み止め <input type="checkbox"/> ピリン系薬剤 <input type="checkbox"/> その他 薬品名 ()						
麻酔の注射や歯を抜い たりして何か異常は ありませんでしたか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある→ <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"/> 貧血になった (具体的に)						
その他、何か特別な事 はありませんか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 妊娠 ヶ月 <input type="checkbox"/> 産後 ヶ月						
喫煙習慣について	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有<1日_____本>						
受診に対するご希望	<input type="checkbox"/> 悪いところは全て治したい <input type="checkbox"/> 痛むところ、気になるところだけ治したい <input type="checkbox"/> その他 ()						
当院をどのようにして お知りになりましたか	<input type="checkbox"/> 家族・知人の紹介 <input type="checkbox"/> 家・職場が近所なので <input type="checkbox"/> 以前通院していた <input type="checkbox"/> ホームページをみて <input type="checkbox"/> その他 ()						