

記入日 _____

予 診 表

フリガナ
お名前 _____ (男・女) 生年月日 明・大・昭・平 _____ 年 _____ 月 _____ 日生 (_____ 歳)

職 業 _____ 勤務先 _____ 勤務先住所 _____ TEL _____ - _____ - _____

住 所 〒 _____ メールアドレス _____ @ _____
TEL _____ - _____ - _____ 緊急連絡先 _____ - _____ - _____

どのようにして《 ナガタ歯科 》をお知りになりましたか？

- ①以前から通院していた ②ご家族の紹介 (_____ 様) ③知人の紹介 (_____ 様)
 ④看板を見て ⑤当院の HP を見て ⑥公的情報を見て ⑦通院しやすい場所だから ⑧前を通ってみて
 ⑨その他 (_____)

どうなさいましたか？	歯が ……【 痛い・かけた・取れた・その他 (_____) 】 歯肉が ……【 痛い・腫れた・出血する・その他 (_____) 】 入れ歯が ……【 痛い・こわれた・その他 (_____) 】 検査してほしい ……【 定期健診・細菌検査・口臭・ムシ歯・歯肉・歯並び 】 歯の清掃をしてほしい【 歯石・クリーニング・ホワイトニング 】 歯並びを治したい・その他 (_____)																							
具合の悪いところはどこですか？	<table border="1"> <tr><td>右上</td><td>上前</td><td>左上</td></tr> <tr><td>右下</td><td>下前</td><td>左下</td></tr> </table>	右上	上前	左上	右下	下前	左下	<table border="1"> <tr><td>1. 歯</td><td>2. 舌</td><td>3. 唇</td><td>4. 歯肉</td><td>5. あご</td></tr> <tr><td>6. 親しらず</td><td>7. ほほ</td><td>8. 入れ歯</td><td>9. 詰め物が取れた</td><td></td></tr> <tr><td>10. 口臭</td><td>11. その他 (_____)</td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>	1. 歯	2. 舌	3. 唇	4. 歯肉	5. あご	6. 親しらず	7. ほほ	8. 入れ歯	9. 詰め物が取れた		10. 口臭	11. その他 (_____)				
右上	上前	左上																						
右下	下前	左下																						
1. 歯	2. 舌	3. 唇	4. 歯肉	5. あご																				
6. 親しらず	7. ほほ	8. 入れ歯	9. 詰め物が取れた																					
10. 口臭	11. その他 (_____)																							
麻酔をしたことがありますか？	<table border="1"> <tr><td>ない</td><td>ある</td></tr> </table>	ない	ある	<table border="1"> <tr><td>1. 何でもなかった</td><td>2. 貧血をおこした</td></tr> <tr><td>3. 少し気分が悪かった</td><td>4. ショックをおこした</td></tr> </table>	1. 何でもなかった	2. 貧血をおこした	3. 少し気分が悪かった	4. ショックをおこした																
ない	ある																							
1. 何でもなかった	2. 貧血をおこした																							
3. 少し気分が悪かった	4. ショックをおこした																							
出血を伴う処置を受けたことがありますか？	<table border="1"> <tr><td>ない</td><td>ある</td></tr> </table>	ない	ある	<table border="1"> <tr><td>1. 何でもなかった</td><td>2. 何日も痛んだ</td><td>3. 血が止まらなかった</td></tr> <tr><td>4. はれた</td><td>5. 熱がでた</td><td></td></tr> </table>	1. 何でもなかった	2. 何日も痛んだ	3. 血が止まらなかった	4. はれた	5. 熱がでた															
ない	ある																							
1. 何でもなかった	2. 何日も痛んだ	3. 血が止まらなかった																						
4. はれた	5. 熱がでた																							
現在あるいは過去に全身的な疾患はありますか？	<table border="1"> <tr><td>ない</td><td>ある</td></tr> </table>	ない	ある	脳血管疾患・心疾患・血圧・肝臓・腎臓・糖尿病・甲状腺 血液・貧血・蓄膿症・骨粗鬆症・その他 (_____) 今は告知したくない 通院中の医療機関名 (_____ 診療科 _____) 担当医名 (_____) 今、飲んでいる薬があれば詳しく書いてください (_____)																				
ない	ある																							
特異体質やアレルギーは？	<table border="1"> <tr><td>ない</td><td>ある</td></tr> </table>	ない	ある	<table border="1"> <tr><td>1. かぶれやすい</td><td>2. ぜんそく</td><td>3. 血がとまりにくい</td></tr> <tr><td>4. じんま疹がでる</td><td>5. アトピー</td><td>6. 花粉症</td><td>7. 息苦しくなる</td></tr> </table>		1. かぶれやすい	2. ぜんそく	3. 血がとまりにくい	4. じんま疹がでる	5. アトピー	6. 花粉症	7. 息苦しくなる												
ない	ある																							
1. かぶれやすい	2. ぜんそく	3. 血がとまりにくい																						
4. じんま疹がでる	5. アトピー	6. 花粉症	7. 息苦しくなる																					
お医者さんから止められている薬は	<table border="1"> <tr><td>ない</td><td>ある</td></tr> </table>	ない	ある	どんな種類の薬ですか？(薬名など詳しく書いてください) (_____)																				
ない	ある																							
その他特別なことは？	<table border="1"> <tr><td>ない</td><td>ある</td></tr> </table>	ない	ある	妊娠の可能性が _____ がある・妊娠 _____ 力月・授乳中・その他 (_____)																				
ない	ある																							
この機会に	<table border="1"> <tr><td>1. 悪い所は全部治したい</td><td>2. 痛い所だけ</td><td>3. 相談の上治療したい</td></tr> </table>			1. 悪い所は全部治したい	2. 痛い所だけ	3. 相談の上治療したい																		
1. 悪い所は全部治したい	2. 痛い所だけ	3. 相談の上治療したい																						
治療について	<table border="1"> <tr><td>1. 保険のきく範囲で</td><td>2. なるべく保険で、保険でできない診療は自費負担でも</td></tr> <tr><td>3. 保険をはなれて最上の治療をしてほしい</td><td></td></tr> </table>			1. 保険のきく範囲で	2. なるべく保険で、保険でできない診療は自費負担でも	3. 保険をはなれて最上の治療をしてほしい																		
1. 保険のきく範囲で	2. なるべく保険で、保険でできない診療は自費負担でも																							
3. 保険をはなれて最上の治療をしてほしい																								
診察時間のご希望は？	<table border="1"> <tr><td>1. 特になし</td><td>2. 午前・昼・午後・夕方</td><td>3. 曜日の希望 _____</td></tr> </table>			1. 特になし	2. 午前・昼・午後・夕方	3. 曜日の希望 _____																		
1. 特になし	2. 午前・昼・午後・夕方	3. 曜日の希望 _____																						
その他ご希望は？																								