

- 予 診 票 -

令和 年 月 日

当院での診察の参考にさせていただきますので、下記の質問にできるだけ正確にお答えください。
個人のプライバシーは厳守します。

フリガナ
御氏名 _____ 年齢 _____ 才 _____ 昭・平・令 _____ 年 _____ 月 _____ 日生

御住所 〒 _____

電話番号 _____

会社名 _____ 緊急連絡先(携帯等) _____

どうなさいましたか (いくつでも可)	<input type="checkbox"/> 歯が痛む <input type="checkbox"/> 歯ぐきがはれた <input type="checkbox"/> 歯並びが気になる <input type="checkbox"/> 汚れや歯石を取りたい <input type="checkbox"/> 睡眠時無呼吸症候群 <input type="checkbox"/> その他 (_____) <input checked="" type="checkbox"/> いつ頃からですか (_____) <input type="checkbox"/> 虫歯がある <input type="checkbox"/> つめもの・かぶせがとれた <input type="checkbox"/> 入れ歯の調子が悪い <input type="checkbox"/> 歯を白くしたい <input type="checkbox"/> マウスピースを作りたい
当院をどのようにして お知りになりましたか	<input type="checkbox"/> 医療機関・知人の紹介 紹介状 有・無 (紹介者様のお名前: _____ 様) <input type="checkbox"/> 家の近くだから <input type="checkbox"/> 職場の近くだから <input type="checkbox"/> ホームページを見て <input type="checkbox"/> 看板を見て <input type="checkbox"/> その他 (_____)
今まで他の歯科医院へ 通われていましたか	<input type="checkbox"/> はい → 当医院へ変えられた理由はございますか (_____) <input type="checkbox"/> いいえ → 当医院への要望・希望することはございますか (_____) <input type="checkbox"/> 最後に受診したのは (_____) <input checked="" type="checkbox"/> 1年以内に健診(特定健診・高齢者健診)の受診 有・無
現在他の医療機関への 通院はありますか	<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 低血圧 <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 脳卒中 <input type="checkbox"/> 肝炎 <input type="checkbox"/> アレルギー <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> その他 (_____) <input checked="" type="checkbox"/> 医療機関名 (_____) <input checked="" type="checkbox"/> いつ頃から (_____) <input checked="" type="checkbox"/> 治療内容・症状 (_____)
これまでに大きな病気に かかられた事がありますか (入院・手術を要するもの)	<input type="checkbox"/> ある (病名: _____ 時期: _____ 年頃) (医療機関名: _____ 治療: _____) <input type="checkbox"/> ない

<p>現在処方されているお薬はありますか</p>	<p><input type="checkbox"/> はい → お薬の名前・種類を教えてください <small>※分からない場合は、次回お薬手帳または名前の分かるものをご持参ください。</small></p> <p>(薬品名：) 服用量：) (服薬期間：)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 漢方・サプリメントの服用は <input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない</p> <p>(漢方名：) 効能：)</p>
<p>食品や薬を飲んでアレルギーはありますか</p>	<p><input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (薬品・食品名：) 症状 (胃痛・発疹・かゆみ・その他：)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 特異体質やアレルギーは</p> <p><input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (花粉・アトピー・喘息・その他：) 症状 ()</p>
<p>嗜好品について</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> よく飲まれるものはありますか</p> <p><input type="checkbox"/> はい (お茶・紅茶・コーヒー・ジュース・お酒・その他：) <input type="checkbox"/> いいえ</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> タバコは <input type="checkbox"/> 吸う <input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> () 年前迄 喫煙</p>
<p>歯磨きは1日何回しますか</p>	<p>1日 () 回 (起床後・朝食後・昼食後・間食後・夕食後・就寝前)</p> <p>1回あたりの時間 () 分程度</p> <p>使う物 → (歯ブラシ・フロス・歯間ブラシ・その他：)</p>
<p>女性の方へ</p>	<p><input type="checkbox"/> 妊娠 (カ月) <input type="checkbox"/> 授乳中 <input type="checkbox"/> 妊娠を考えている</p> <p><input type="checkbox"/> その他 ()</p>
<p>新型コロナウイルス感染症のワクチンは接種されましたか</p>	<p><input type="checkbox"/> はい (今までに 回接種した) 最後に接種した年月 → () 年 () 月 接種後に副反応・体調の変化があった場合お書きください (例：帯状疱疹 等) ()</p> <p><input type="checkbox"/> 一度も接種したことがない</p>
<p>この機会に</p>	<p><input type="checkbox"/> 悪いところは全部治したい <input type="checkbox"/> 痛いところだけ治したい</p>
<p>診療について</p>	<p><input type="checkbox"/> 保険の範囲で治したい <input type="checkbox"/> 自費のみ</p> <p><input type="checkbox"/> 必要な時は相談の上一部自費と保険を併用してもよい</p> <p><input type="checkbox"/> 最も良い材料と方法で治してほしい</p>
<p>マイナンバー保険証による</p>	<p>診療情報取得に <input type="checkbox"/> 同意する <input type="checkbox"/> 同意しない</p>
<p>その他気になることやご要望等ございましたらご記入ください</p>	