

No \_\_\_\_\_

# 予診票(診療申込書)

年 月 日

当医院では、患者様の健康状態、ご希望をお聞きして治療上の参考にさせて頂いております。できるだけ正確に詳しくご記入をお願いします。尚、この資料の内容は診療以外の目的に使用しないことを申し添えます。

ふりがな

お名前 \_\_\_\_\_ 男・女 生年月日 明大昭平 年 月 日 歳

〒 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_  
ご住所 \_\_\_\_\_ 携帯電話 \_\_\_\_\_  
ご職業 \_\_\_\_\_ メールアドレス \_\_\_\_\_

ご職業 \_\_\_\_\_

1. どうなさいましたか？ (気になっていることに○をしてください。複数可。)
- 歯が痛い ( 日前から 上 下 右 左)
  - 歯ぐきが痛い 歯肉のはれ ( 日前から 上 下 右 左)
  - 歯のよごれ 歯を白くしたい
  - 詰め物・かぶせものがとれた
  - 入れ歯の調子が悪い
  - 口臭が気になる
  - 定期検診してほしい
  - その他

2. 何か病気にかかったことはありますか？
- 心臓疾患  肝臓疾患 (肝炎 型)  腎臓疾患  ぜんそく
  - 貧血  糖尿病  脳血管  高血圧症  蓄のう症  その他
- できるだけ詳しく病状をお書き下さい。

現在 妊娠中または授乳中ですか？  はい ( 月 )  いいえ

3. 服用されている薬はございますか？
- なし  あり お薬の種類 \_\_\_\_\_

4. 麻酔、抜歯等をしたことがございますか？ その時に異常はありましたか？
- 経験なし  経験あり 異常なこと \_\_\_\_\_

5. 通院されるのにご都合のよい 曜日・時間帯をお知らせください

月  火  水  木  金  土  
 午前  午後  夕方

2枚目にもご記入ください

## 6. 診療についてのご希望

- 悪いところはすべて治療してほしい
- 今困っているところだけ治療して欲しい
- 全体的に調べてから治療してほしい
- 一度にたくさんの治療し回数を少なくしたい
- 回数が増えても一度の治療を短くしてほしい
- よく相談して決めたい
- 全て保険の範囲で治してほしい
- 治療によっては一部自費診療でもかまわない

## 7. 当医院をどのようにお知りになりましたか？

- 人に聞いて ご紹介者 お名前
- 建物をみて  電話帳をみて  区の案内  看板をみて
- インターネット（ HP ブログ その他 ）  通りがかり  その他

## 8. ご質問にお答えください

- はい  いいえ
- 歯を磨くときなど歯ぐきから血が出ることもある。
  - 歯ぐきの腫れや下がりが気になる。
  - 臭がするのではないかと気にしている。
  - 食事をすると食べ物が歯にはさまるところがある。
  - 熱いものや冷たいものでしみるところがある。
  - 噛みにくさを感じることもある。
  - 歯ぎしりをするらしい。
  - 顎に痛みを感じたり引っかかる感じや音がすることがある。
  - を大きく開けにくい。
  - 朝起きた時、顎がだるく感じることもある。
  - 自分の歯の外観（歯並び、色、形など）に不満がある。
  - 貴方の歯は、あなたの全身の健康に何らかの形で影響を与えていると思いますか
  - 歯科の治療は、不安ですか？
  - 自分の歯の将来について不安に思うことがある。

## 9. その他、医師、スタッフに伝えたい事など、ございましたらお書き下さい