

記入日： 年 月 日

(秘密厳守)

古瀬歯科医院予診表

登録番号

フリガナ お名前		生年月日	明 大 昭 平 年 月 日 歳	性別	男・女
ご住所	〒 TEL 携帯 Email				

どうなさいましたか？	<input type="checkbox"/> 歯の治療をしたい <input type="checkbox"/> 義歯を入れたい <input type="checkbox"/> 検査を希望 <input type="checkbox"/> 歯並びを治したい <input type="checkbox"/> 歯を白くしたい <input type="checkbox"/> 噛み合わせ調整 <input type="checkbox"/> インプラント治療 <input type="checkbox"/> 歯周病治療 <input type="checkbox"/> 嚥下障害治療 <input type="checkbox"/> その他 ()
どこがお痛みですか？	<input type="checkbox"/> 右上 <input type="checkbox"/> 上前 <input type="checkbox"/> 左上 <input type="checkbox"/> 歯 <input type="checkbox"/> 歯肉 <input type="checkbox"/> 頬 <input type="checkbox"/> 右下 <input type="checkbox"/> 下前 <input type="checkbox"/> 左下 <input type="checkbox"/> 舌 <input type="checkbox"/> 唇 <input type="checkbox"/> 顎
いつからですか？	() 日前から
歯を抜いたことは ございますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある… () 年前 () カ月前 [ある]にチェックをした方にお聞きします。そのとき何か異常はございましたか？ <input type="checkbox"/> 特に異常はない <input type="checkbox"/> 血が止まらなかった <input type="checkbox"/> 貧血を起こした <input type="checkbox"/> 何日も痛みが続いた <input type="checkbox"/> 熱が出た
薬や注射などで異常は ございますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 胃が痛くなった <input type="checkbox"/> かゆみや発疹ができた
特異体質やアレルギーは ございますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> かぶれ易い <input type="checkbox"/> じんま疹ができる <input type="checkbox"/> ぜんそくがある
内科的な病気は ございますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 心臓 <input type="checkbox"/> 肝臓 <input type="checkbox"/> 腎臓 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 低血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> その他 ()
その他特別なことは ございますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 妊娠している…妊娠 () カ月 <input type="checkbox"/> その他 ()
診療についてご希望は ございますか？ (複数回答可)	治療について <input type="checkbox"/> 痛いところ、困っているところだけを治してほしい <input type="checkbox"/> 痛いところ、困っているところだけでなく、悪いところ全体を治してほしい 診療について <input type="checkbox"/> 健康保険の範囲で治してほしい <input type="checkbox"/> 保険のきかないところは自費でも可 <input type="checkbox"/> 最も良い資材と方法で治してほしい 診療費について <input type="checkbox"/> あらかじめ概算を聞きたい <input type="checkbox"/> 必要ない
予約希望曜日・時間帯は ございますか？	() 曜日 () 時頃
どなたのご紹介ですか？	ご紹介者名 ()
キャンセルの際の連絡方法	<input type="checkbox"/> TEL <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> Email
その他、気になることやご希望などございましたら何でもご記入下さい・内服しているお薬についても記入ください	

ご協力ありがとうございました。