

歯科予診録

平成 年 月 日

フリガナ	明・大
氏名	(男・女) 血液型 型 生年月日 昭・平 年 月 日生
住所〒	電話 () 勤務先名 電話 ()

※かかりつけの医院・病院があれば、ご記入ください。 ※他の歯科医院で治療を受けたことがあれば、ご記入ください。

医院・病院名	担当医名	歯科医院名	担当医名
--------	------	-------	------

●あなたの健康について次の事項にお答え下さい● 該当する□にレ印をつけてください
 (この調査事項は、医学上の事項ですので、秘密を守ることを申し添えます)

当院におみえになったのは	<input type="checkbox"/> はじめて <input type="checkbox"/> 以前かかったことがある (月・年前くらい)
当院をお知りになったのは	<input type="checkbox"/> 知人の紹介 (紹介者名: _____ 様、紹介者勤務先: _____) <input type="checkbox"/> 通りがかり <input type="checkbox"/> 家族来院中 (していた) <input type="checkbox"/> インターネットを見て <input type="checkbox"/> 看板を見て <input type="checkbox"/> タウンページを見て <input type="checkbox"/> パンフレットを見て <input type="checkbox"/> その他 (_____)
どうなさいましたか (複数回答)	<input type="checkbox"/> 痛みがある <input type="checkbox"/> 詰め物が取れた <input type="checkbox"/> 歯並びが気になる <input type="checkbox"/> 入れ歯の具合が悪い <input type="checkbox"/> 歯の清掃 <input type="checkbox"/> 定期検査 <input type="checkbox"/> 予防処置希望 <input type="checkbox"/> 入れ歯を入れたい <input type="checkbox"/> その他 (_____)
それはどこですか?	 <input type="checkbox"/> 歯 <input type="checkbox"/> 舌 <input type="checkbox"/> 歯ぐき <input type="checkbox"/> 唇 (くちびる) <input type="checkbox"/> 頬 (ほほ) <input type="checkbox"/> 顎 (あご)
かかりつけ治療について	<input type="checkbox"/> 継続的に治療をおこないたい <input type="checkbox"/> 今日だけの応急処置のみでよい
痛みはいつからですか	<input type="checkbox"/> 今日はじめて <input type="checkbox"/> _____ 日位前から <input type="checkbox"/> ずっと前から <input type="checkbox"/> 時々
今は	<input type="checkbox"/> 痛くない <input type="checkbox"/> 少し痛い <input type="checkbox"/> ひどく痛い
痛み方は	<input type="checkbox"/> ズキズキ痛い <input type="checkbox"/> ズーと痛い <input type="checkbox"/> 歯を合わせると痛い <input type="checkbox"/> 痛んだり止んだり
冷たいものは	<input type="checkbox"/> しみる <input type="checkbox"/> しみない
熱いものは	<input type="checkbox"/> しみる <input type="checkbox"/> しみない
歯を抜いたことがありますか	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 最近抜いたのは _____ 月前 _____ 年前 <input type="checkbox"/> ない
今までに麻酔注射をしたり歯を抜いた時に異常はありませんでしたか	<input type="checkbox"/> 麻酔や歯を抜いたことがない <input type="checkbox"/> 異常がなかった <input type="checkbox"/> 気分が悪くなった <input type="checkbox"/> 熱がでた <input type="checkbox"/> 何日も痛みが続いた <input type="checkbox"/> 貧血を起こした <input type="checkbox"/> アレルギーが出た <input type="checkbox"/> 抜歯後腫れた <input type="checkbox"/> 血が止まらなかった <input type="checkbox"/> その他 (_____)
今薬を飲んでいますか	<input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる
薬を飲んで副作用はありませんか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 胃が痛くなる <input type="checkbox"/> 発疹ができる <input type="checkbox"/> かゆくなる <input type="checkbox"/> その他 (_____) 副作用のあった薬名・種類 (_____)
特異体質やアレルギーはありませんか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> かぶれやすい <input type="checkbox"/> じんま疹ができる <input type="checkbox"/> ぜんそくがある <input type="checkbox"/> その他 (_____)
内科的の病気はありませんか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 心臓 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿 <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> 低血圧 <input type="checkbox"/> 腎臓 <input type="checkbox"/> 肝炎 <input type="checkbox"/> その他 (_____)
女性の方のみ	<input type="checkbox"/> 生理中 <input type="checkbox"/> 妊娠 月 <input type="checkbox"/> 妊娠の可能性有り
過去に歯科医院で不快な思いをされたことがありましたらお聞かせ下さい。	