

予診表

八木歯科医院
TEL 06-6252-2115

(ふりがな) お名前		男・女	生年月日	年 月 日(歳)
ご住所	〒		TEL	(自宅) (携帯)
勤務先			ご紹介者	

★あなたの体質を知る事は、より良い診療をするために必要です。この表は歯科治療をスムーズに行うための大切な参考資料となります。できるだけ正確にお答え下さい。(該当するものにチェックを入れて下さい。)

どうなさいましたか				
<input type="checkbox"/> むし歯がある	<input type="checkbox"/> 歯が痛い	<input type="checkbox"/> 歯ぐきが痛い	<input type="checkbox"/> 歯の清掃をしてほしい	<input type="checkbox"/> 検診をしてほしい
<input type="checkbox"/> つめもの・かぶせものが取れた	<input type="checkbox"/> 入れ歯の具合が悪い	<input type="checkbox"/> その他()		
それはどこですか				
右 上	前 上	左 上		
右 下	前 下	左 下	<input type="checkbox"/> 全部	<input type="checkbox"/> その他()
いつごろからですか (痛みのある方へ)				
<input type="checkbox"/> () 日前	<input type="checkbox"/> () ヶ月前	<input type="checkbox"/> その他()		
どのように痛みますか (痛みのある方へ)				
<input type="checkbox"/> ズキズキ痛い	<input type="checkbox"/> 噛むと痛い	<input type="checkbox"/> ときどき痛い	<input type="checkbox"/> 冷たいものがしみる	<input type="checkbox"/> 熱いものがしみる
<input type="checkbox"/> その他()				
歯を抜いたことがありますか				
<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> () 年前	<input type="checkbox"/> () ヶ月前	
その時になにか異常はありましたか (歯を抜いたことがある方へ)				
<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 血がとまらなかった	<input type="checkbox"/> 何日も痛んだ	<input type="checkbox"/> 熱が出た	<input type="checkbox"/> その他()
歯の治療で麻酔をしたことがありますか				
<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある				
その時になにか異常はありましたか (麻酔をしたことがある方へ)				
<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (症状)				
薬をのんで副作用を起こしたことがありますか				
<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 胃が痛くなる	<input type="checkbox"/> 発しんができる	<input type="checkbox"/> かゆくなる	<input type="checkbox"/> その他()
現在のんでいる薬はありますか				
<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (薬品名)				
現在及び過去にかかった病気はありますか (ありましたか)				
<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 心臓	<input type="checkbox"/> 肝臓	<input type="checkbox"/> 腎臓	<input type="checkbox"/> 胃腸
<input type="checkbox"/> 貧血症	<input type="checkbox"/> 高血圧	<input type="checkbox"/> 低血圧	<input type="checkbox"/> 糖尿	<input type="checkbox"/> 血液疾患
<input type="checkbox"/> アレルギー	<input type="checkbox"/> その他()			
現在、妊娠していますか (女性の方へ)				
<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> している () ヶ月	<input type="checkbox"/> わからない (治療期間中に妊娠された方はお知らせください)		
治療について				
<input type="checkbox"/> 悪い所は全部治したい	<input type="checkbox"/> 保険の範囲内で治療したい	<input type="checkbox"/> 最も良い資材と方法で治療してほしい		
<input type="checkbox"/> 痛い所だけ治したい	<input type="checkbox"/> なるべく保険で、それ以外は説明してほしい	<input type="checkbox"/> 相談の上で決めたい		
<input type="checkbox"/> その他()				