

予診票

記入日

ふりがな	<input type="text"/>	生年月日	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 (<input type="text"/> 歳)
お名前	<input type="text"/>	男・女	ご職業 <input type="text"/>
ご住所	(〒 <input type="text"/> - <input type="text"/>) 都道 <input type="text"/> 市町 <input type="text"/> 府県 <input type="text"/> 区村 <input type="text"/>	電話番号	携帯 <input type="text"/>
	<input type="text"/>		自宅 <input type="text"/>

診察内容について

本日はどうなさいましたか？	<input type="checkbox"/> 痛い <input type="checkbox"/> 穴が開いている・欠けている <input type="checkbox"/> 腫れている <input type="checkbox"/> しみる <input type="checkbox"/> 詰め物・かぶせ物がとれた <input type="checkbox"/> 歯石を取りたい <input type="checkbox"/> 歯が揺れている <input type="checkbox"/> 口臭が気になる <input type="checkbox"/> 歯を白くしたい <input type="checkbox"/> インプラント相談 <input type="checkbox"/> 歯並びが気になる・矯正相談 <input type="checkbox"/> その他 (<input type="text"/>)
症状のあるところ	(右・左) (上・下) (前・奥) (詳細 <input type="text"/>)
症状が始まった時期	<input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日頃から (その他 <input type="text"/>)
治療に関するご希望	<input type="checkbox"/> これを機に悪いところを全て治療したい <input type="checkbox"/> 今気になっているところだけ治療したい <input type="checkbox"/> 話を聞いた上で相談し決めたい <input type="checkbox"/> その他 (<input type="text"/>)

治療のご経験や全身状態について

今まで歯科治療で体調を崩したことはありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (いつ頃・どういった治療で: <input type="text"/>)
現在通院中の病院はありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (病院名・診療科: <input type="text"/>)
過去または現在治療中の項目はありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (高血圧 ・ 糖尿病 ・ 心臓病 ・ 肝臓病 ・ 腎臓病 ・ 喘息) その他・詳細 (<input type="text"/>)
現在飲まれているお薬はありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ※お薬手帳をお持ちの方はご提示ください (お薬名: <input type="text"/>)
アレルギーはありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (食べ物 ・ 薬 ・ 金属 ・ ゴム ・ 花粉) その他・詳細 (<input type="text"/>)
妊娠の有無 ※女性の方	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 妊娠中 (妊娠 <input type="text"/> 週) <input type="checkbox"/> 妊活中 <input type="checkbox"/> 妊娠の可能性あり <input type="checkbox"/> 授乳中 (お子さんのご年齢: <input type="text"/> 歳 <input type="text"/> 力月 男児 ・ 女児)

当医院を知っていただいたきっかけ	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> SNS <input type="checkbox"/> 通りがかり <input type="checkbox"/> その他 (<input type="text"/>) <input type="checkbox"/> ご紹介 (ご紹介者様: <input type="text"/>)
------------------	---

何かご要望がございましたらご記入ください