

予診表

ふりがな

令和 年 月 日

氏名

大正
昭和
平成

年 月 日 (歳) 職業

□□□□□□□□

携帯

住所

電話

勤務先

電話

当医院をお知りになられたのは A. 知人の紹介 (様) B. 広告 (駅・電話帳 ホームページ)

お答えは○で囲んでください!

どうなさいましたか	<ul style="list-style-type: none"> ・虫歯の治療 ・義歯を入れたい ・歯石をとりたい 		<ul style="list-style-type: none"> ・検査をしたい ・矯正治療をしたい ・その他 () 			
麻酔や抜歯の後、気分が悪くなったことがありますか	ない	ある				
歯を抜いた後、異常はありませんでしたか	ない	ある				<ul style="list-style-type: none"> ・血が止まらなかった ・腫れた ・何日も痛みが続いた
動悸、息切れがしますか	ない	ある	<ul style="list-style-type: none"> ・なにもしなくても ・階段の登り降り 			
薬を飲んで副作用はありませんでしたか	ない	ある	<ul style="list-style-type: none"> ・薬品名 () ・胃が痛くなった ・発疹ができた 			
血圧は正常ですか	はい	いいえ	<ul style="list-style-type: none"> ・血圧値 上 () 下 () 			
輸血の経験がありますか	ない	ある				
現在のからだの具合は良好ですか	はい	いいえ				<ul style="list-style-type: none"> ・熱がある (度) ・妊娠 (ヶ月) ・妊娠の可能性 ・他の病気で 院中 (病名:)
次の病気にかかったことがありますか	肝臓病 心臓病 腎臓病 糖尿病 その他 ()					
かかり付けの病院	病院名	病院	担当医	先生		
治療に対するあなたの気持ちを表す部分に○をつけて下さい						
	0	1	2	3	4	5
	ふつう	わずかに怖い	もう少し怖い	さらに怖い	かなり怖い	この上なく怖い
治療についての御希望は	<ul style="list-style-type: none"> ・保険の範囲で治療したい ・なるべく保険で、保険以外のことは説明を聞き相談の上決めたい ・保険に限らず最良の方法で治療したい 					
この機会に	<ul style="list-style-type: none"> ・悪いところは全て治したい ・今痛んでいるところだけ治したい 					

ご協力ありがとうございました。なお治療に関するご希望やご質問は、お気軽にご相談下さい。