

歯科予診録

No. _____

日付 ____ / ____ / ____

フリガナ お名前	明・大・昭・平			ご紹介者	
ご住所	〒 _____			ご連絡先	(_____)
どうなさいましたか	<input type="checkbox"/> ムシ歯を治療したい <input type="checkbox"/> 義歯を入れたい		<input type="checkbox"/> 検査してほしい <input type="checkbox"/> 歯ならびを治したい		<input type="checkbox"/> 歯を清掃してほしい
当院におみえになったのは	<input type="checkbox"/> はじめて		<input type="checkbox"/> 前に来たことがある		_____ カ月位前 _____ 年位前
どこが痛みますか	右上 右下	上前 下前	左上 左下	<input type="checkbox"/> 歯 <input type="checkbox"/> 歯肉	<input type="checkbox"/> 頬 <input type="checkbox"/> 舌 <input type="checkbox"/> 顎
痛みはいつからですか	<input type="checkbox"/> 今日 <input type="checkbox"/> _____ 日前から		<input type="checkbox"/> ずっと前から		<input type="checkbox"/> 時々
昨夜は	<input type="checkbox"/> 痛くない <input type="checkbox"/> 痛くて眠れなかった <input type="checkbox"/> 痛い眠れた		<input type="checkbox"/> 薬を飲んだ	薬の名前 [_____]	
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"/> 痛んだり止んだり		<input type="checkbox"/> ずっと痛い <input type="checkbox"/> 歯を合わせると痛い		
冷たいものは	<input type="checkbox"/> しみない		<input type="checkbox"/> しみる		
熱いものは	<input type="checkbox"/> しみない		<input type="checkbox"/> しみる		
歯を抜いたことがありますか	<input type="checkbox"/> ない		<input type="checkbox"/> ある		_____ カ月位前 _____ 年位前
抜歯時に異常はありませんでしたか	<input type="checkbox"/> ない		<input type="checkbox"/> ある		<input type="checkbox"/> 血が止まらなかった <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"/> 熱が出た
薬を飲んだ時、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"/> かゆくなる <input type="checkbox"/> 発疹ができる
今、薬を飲んでいますか	<input type="checkbox"/> 飲んでいない		<input type="checkbox"/> 飲んでいる		薬の名前 [_____]
注射をした時、異常はありませんでしたか	<input type="checkbox"/> ない		<input type="checkbox"/> ある		症状 [_____]
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"/> ぜんそくがある <input type="checkbox"/> じん麻疹ができる
内科的な病気はありませんか	<input type="checkbox"/> ない		<input type="checkbox"/> 心臓 <input type="checkbox"/> 腎臓 <input type="checkbox"/> 肝臓		<input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿 <input type="checkbox"/> 低血圧
その他特別なことはありませんか	<input type="checkbox"/> 生理中 <input type="checkbox"/> 妊娠中 _____ カ月		<input type="checkbox"/> その他 [_____]		
この機会に	<input type="checkbox"/> 悪いところは全部治したい		<input type="checkbox"/> 今痛いところだけ治したい		
診療についてのご希望	<input type="checkbox"/> すべて保険の範囲で治したい <input type="checkbox"/> なるべく保険で、保険のきかないところは自費で治したい <input type="checkbox"/> 自費でも構わない				
診療費について	<input type="checkbox"/> 予め概算を聞いておきたい		<input type="checkbox"/> 特にない		
その他ご希望					

【アンケートのご協力をお願いします】

○当院にご来院されたきっかけを教えてください

- 家族の紹介 知人の紹介 看板 広告・チラシ インターネット
 歯科検診等 その他()

○通いやすい時間、曜日を教えてください

- 月曜(AM / PM) 火曜(AM / PM) 水曜(AM / PM) 木曜(AM / PM)
 金曜(AM / PM) 土曜(AM / PM) 日曜(AM / PM)
 17時以降 その他()

★ご記入いただき、ありがとうございました。