

予診票

記入日

年

月

日

ふりがな		生年月日	大正	昭和	平成	令和
お名前	男・女		年	月	日	()歳
ご住所	〒	連絡先	<input type="checkbox"/> 自宅 () <input type="checkbox"/> 携帯 ()			
LINEで予約日のお知らせを通知してもよろしいですか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> メール希望		当院を選ばれた理由	<input type="checkbox"/> 看板をみて <input type="checkbox"/> HPをみて <input type="checkbox"/> 家族の紹介 <input type="checkbox"/> 知人の紹介 ※お名前 ()様			
メールアドレス		ご職業 勤務先		診察担当 制の希望	あり	なし

あなたのお困りは	歯 歯並び 歯の色 入れ歯 口臭 顎関節 その他()	なし
どの部位ですか	全体 右下 右上 左下 左上 上の前歯 下の前歯 その他()	なし
どのような症状ですか	<input type="checkbox"/> 何もしてなくても痛い <input type="checkbox"/> 噛んだ時に痛い <input type="checkbox"/> 口を開けるときに痛い <input type="checkbox"/> しみる(冷たいもの 熱いもの 甘いもの) その他()	なし
いつごろからですか	今日 ()日前 わからない	痛くない
以前の治療中に関して	<input type="checkbox"/> 治療中に異常があった() <input type="checkbox"/> 麻酔をして治療をしたことがある(異常はなかった・あった)	なかった
血圧	上 / 下	わからない
次の病気をしましたことがありますか	糖尿病(HbA1c値) 肝臓 腎臓 心臓(ペースメーカー: あり・なし) 血圧の病気 骨粗しょう症 がん(部位) B型肝炎 C型肝炎 エイズ 梅毒	なし
現在お薬は飲んでいますか?	病名: お薬:	なし
大きな手術をしたことがありますか	ある ()	なし
アレルギーはありますか	ある ()	なし
喫煙	する(1日 本)	しない
女性の方で現在	妊娠している(週) 授乳中	なし

治療についてご希望がありましたら教えてください