

歯 科 予 診 録

どうなさいましたか	<input type="checkbox"/> ムシ歯の治療をしたい <input type="checkbox"/> 検査をしてほしい <input type="checkbox"/> 義歯を入れたい <input type="checkbox"/> 歯ならびをなおしたい <input type="checkbox"/> 歯の清掃をしてほしい												
当院におみえになったのは	<input type="checkbox"/> はじめて	<input type="checkbox"/> 前にきたことがある	_____ヵ月位前 _____年位前										
どこが痛みますか	<table style="border: none; margin: auto;"> <tr> <td style="border: none;">右上</td> <td style="border: none;"> </td> <td style="border: none;">上前</td> <td style="border: none;"> </td> <td style="border: none;">左上</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">右下</td> <td style="border: none;"> </td> <td style="border: none;">下前</td> <td style="border: none;"> </td> <td style="border: none;">左下</td> </tr> </table>	右上		上前		左上	右下		下前		左下	<input type="checkbox"/> 歯 <input type="checkbox"/> 歯肉 <input type="checkbox"/> 頬	<input type="checkbox"/> 舌 <input type="checkbox"/> 唇 <input type="checkbox"/> 顎
右上		上前		左上									
右下		下前		左下									
痛みはいつからですか	<input type="checkbox"/> 今日はじめて	_____日前から	<input type="checkbox"/> ずっと前から <input type="checkbox"/> 時々										
昨 夜 は	<input type="checkbox"/> いたくない <input type="checkbox"/> 眠れない	<input type="checkbox"/> 痛いが眠れた <input type="checkbox"/> くすりをのんだ	(くすりのなまえ) ()										
今 は	<input type="checkbox"/> いたくない	<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"/> ズーと痛い	<input type="checkbox"/> 歯を合わせると痛い										
冷 い も の は	<input type="checkbox"/> しみる	<input type="checkbox"/> しみない											
熱 い も の は	<input type="checkbox"/> しみる	<input type="checkbox"/> しみない											
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"/> 最近抜いたのは _____月前	_____年前										
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"/> 血が止らなかつた <input type="checkbox"/> 貧血を起した) (<input type="checkbox"/> 何日も痛みが続いた <input type="checkbox"/> 熱が出た)											
薬をのんで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"/> 発疹ができる) (<input type="checkbox"/> かゆくなる											
今薬をのんでいますか	<input type="checkbox"/> いない	<input type="checkbox"/> いる											
注射をして異常はありませんか	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある											
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"/> かぶれ易い <input type="checkbox"/> じんま疹ができる) (<input type="checkbox"/> ぜんそくがある											
内科的の病気はありませんか	<input type="checkbox"/> 心 臓 <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> 腎 臓	<input type="checkbox"/> 肝 臓 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 低血圧	<input type="checkbox"/> 糖 尿 <input type="checkbox"/> な し										
その他とくべつのことはありませんか	<input type="checkbox"/> 妊 娠 _____ヵ月												
こ の 機 会 に	<input type="checkbox"/> 悪い所は全部なおしたい <input type="checkbox"/> 今痛んでいる所だけなおしたい												
診療についてのご希望は	<input type="checkbox"/> すべて保険の範囲でなおしたい <input type="checkbox"/> なるべく保険で、保険のきかないところは自費でなおしたい <input type="checkbox"/> 自費でもかまわない												
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"/> その必要はない												
紹介者	希望事項												
連絡先 電 話 ()	なまえ (署名)												