

予診表

明石歯科医院

072-965-8241

年 月 日

氏名 <small>ふりがな</small>	男・女	生年月日	年 月 日
住所		TEL	
職業		TEL	
E-mail			

当医院では、患者さん一人一人にカウンセリングを実施し、総合的に診査をしたうえで治療を始めます。この表は大切な参考資料になりますので、次の質問に正確にお答えください。

最近治療を受けたのはいつごろですか	<input type="checkbox"/> 初めて	<input type="checkbox"/> 約()前頃								
どうなさいましたか	<input type="checkbox"/> 虫歯の治療をしたい <input type="checkbox"/> 歯肉から出血する <input type="checkbox"/> 詰め物や差し歯が外れた <input type="checkbox"/> 義歯を入れたい	<input type="checkbox"/> 検査をしてほしい <input type="checkbox"/> 歯石を除去したい <input type="checkbox"/> 肩が凝る <input type="checkbox"/> その他()								
どこが痛みますか	<input type="checkbox"/> 歯	<input type="checkbox"/> 歯肉	<input type="checkbox"/> 顎	<input type="checkbox"/> 頬	<input type="checkbox"/> 舌	<input type="checkbox"/> 痛みはない				
痛みはどのくらい前からですか	<input type="checkbox"/> 今日はじめて	<input type="checkbox"/> 日前から	<input type="checkbox"/> 週間前から							
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"/> ヵ月前	<input type="checkbox"/> 年前						
診療に対するご希望は	<input type="checkbox"/> 保険の範囲で治して欲しい <input type="checkbox"/> 歯の為、費用にかかわらず、最良の資材を使用して治療をしてほしい									
治療途中で 歯科医院に行かなくなったことは	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある 理由()								
今まで麻酔注射をしたり、歯を抜いた ときに異常はありませんでしたか	<input type="checkbox"/> 麻酔や歯を抜いたことがない	<input type="checkbox"/> 異常はなかった	<input type="checkbox"/> あった()							
特異体質やアレルギーはありますか	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 喘息	<input type="checkbox"/> 湿疹	<input type="checkbox"/> アトピー	<input type="checkbox"/> 食物アレルギー	<input type="checkbox"/> その他()				
あなたの体に異常のおきやすい 薬はありますか	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ペニシリン・アスピリンなど					<input type="checkbox"/> その他()			
かかりつけの医院はありますか	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある(医院名	担当医名)				
現在治療を受けている、または 今までにかかったことのある病気は	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 心臓	<input type="checkbox"/> 肝臓	<input type="checkbox"/> 腎臓	<input type="checkbox"/> 高血圧	<input type="checkbox"/> ぜん息	<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 骨粗しょう症	<input type="checkbox"/> 脳梗塞	<input type="checkbox"/> その他()
現在服用している薬はありますか	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある(薬名)			
女性の方へ 妊娠の可能性は	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある	授乳中ですか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ					
治療範囲は	<input type="checkbox"/> 悪いところは全部治したい		<input type="checkbox"/> 今回は応急処置にとどめたい							
	<input type="checkbox"/> 痛むところだけ治したい		<input type="checkbox"/> 歯のクリーニングをしたい							
このホームページを 何でお知りになりましたか										

明石歯科医院 072-965-8241

大阪府東大阪市稲葉 3-12-27 2F

診療時間 / 月・火・水・金曜日 9:30am ~ 1:00pm 3:00pm ~ 8:00pm
土曜日 9:30am ~ 1:00pm 3:00pm ~ 5:30pm

休診日 / 木日祝 ※但し祝日のある週は振り替えて木曜診療いたします。

最寄駅 / 河内花園駅

駐車場 / あり (2台)



<携帯サイトはこちら>

(PAT. 出願中)