

# 予診表

ステラ歯科・口腔外科クリニック

カルテ No. \_\_\_\_\_

年 月 日

ふりがな 氏名 住所	男 女	明・大 昭・平	年 月 日生
住所 〒		電話	
勤務先 電話	ご紹介者氏名 様		

どうなさいましたか？	<input type="checkbox"/> 痛みがある <input type="checkbox"/> つめものがとれた <input type="checkbox"/> 入れ歯をいれたい <input type="checkbox"/> 検査をしてほしい <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> ムシ歯の治療をしたい <input type="checkbox"/> 歯ぐきがきになる <input type="checkbox"/> 歯の清掃をしてほしい <input type="checkbox"/> 歯並びや見た目が気になる
最後に歯科治療を受けたのは？	<input type="checkbox"/> 歯科医院に来るのは初めて <input type="checkbox"/> ( ) ヶ月前	<input type="checkbox"/> ( ) 年前
過去に大きな病気をしたことがありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ( )	
内科的な病気はありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 血液疾患 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 肝臓疾患 <input type="checkbox"/> 肝炎 <input type="checkbox"/> 胃腸疾患 <input type="checkbox"/> リウマチ <input type="checkbox"/> 性病 <input type="checkbox"/> アレルギー <input type="checkbox"/> その他 ( )	
現在治療中の病気、服用中の薬がありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある                 病気名 ( ) 薬 ( )	
今までに薬を飲んで、湿疹などアレルギー症状が出たことがありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある                 症状 ( ) 薬 ( )	
以前に受けた歯科治療で、不快なことがありましたか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 麻酔が効きにくかった <input type="checkbox"/> 麻酔の注射をしたら、気分が悪くなった <input type="checkbox"/> 歯を抜いたとき、またはその後異常があった 具体的に ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )	
(女性の方に) 現在妊娠中ですか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ( ) ヶ月 <input type="checkbox"/> はっきりしないが、可能性がある ※治療中に妊娠された方は、お知らせください	
今回の治療にあたって	<input type="checkbox"/> 悪いところを全部治したい <input type="checkbox"/> 今痛んでいるところだけを治したい <input type="checkbox"/> 医師と相談の上、考えたい	
診療についてのご希望は？	<input type="checkbox"/> すべて保険の範囲内で治したい <input type="checkbox"/> なるべく保険で、保険のきかないところは、自費でもよい <input type="checkbox"/> 医師と相談の上、できるだけ高水準の治療を受けたい	
治療に当たってご希望がありましたらお書きください		